



Kementerian

Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan



Blueprint

PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)

Tahun 2025–2029

DIREKTORAT JENDERAL SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
TAHUN 2025

Kata Pengantar

Puji dan syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas terbitnya *Blueprint Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)* ini sebagai bentuk komitmen dan arah kebijakan strategis dalam memperkuat sistem kesehatan nasional melalui pengelolaan SDMK yang terencana, terpadu, dan berkelanjutan.

Sumber Daya Manusia Kesehatan merupakan pilar utama dalam pencapaian layanan kesehatan yang berkualitas, merata, dan berkeadilan. Tantangan yang kita hadapi saat ini, mulai dari ketimpangan distribusi, kebutuhan tenaga kesehatan di daerah terpencil, hingga peningkatan kompetensi di era transformasi digital, menuntut adanya arah pengelolaan SDMK yang adaptif dan responsif terhadap dinamika zaman.

Blueprint ini disusun untuk menjadi panduan utama bagi seluruh pemangku kepentingan—baik di tingkat pusat maupun daerah, institusi pendidikan, fasilitas pelayanan kesehatan, serta mitra pembangunan—dalam merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi kebijakan pengelolaan SDMK secara holistik dan terintegrasi. Dokumen ini memuat kerangka strategis, arah kebijakan, serta intervensi kunci yang harus kita wujudkan bersama dalam lima hingga sepuluh tahun ke depan.

Kami berharap *blueprint* ini tidak hanya menjadi dokumen perencanaan, tetapi juga menjadi *living document* yang terus diperbarui dan dijadikan rujukan dalam setiap langkah pengambilan keputusan terkait SDMK.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan *blueprint* ini. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat nyata dalam mewujudkan SDMK yang unggul, profesional, dan berdaya saing untuk Indonesia Sehat.

Jakarta, Januari 2025

Tim Penyusun

Ringkasan Eksekutif

Blueprint Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) Tahun 2025–2029 disusun sebagai panduan strategis nasional dalam memperkuat transformasi sistem kesehatan, khususnya melalui pengelolaan SDMK yang andal. SDMK merupakan fondasi utama bagi terselenggaranya layanan kesehatan yang merata, bermutu, terjangkau, dan berkeadilan. Namun, Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan.

Tantangan utama dalam pengelolaan SDMK di Indonesia mencakup tiga aspek krusial, yaitu **jumlah**, **distribusi**, dan **mutu**. Ketiga aspek ini saling terkait dan memerlukan intervensi sistemik untuk mendukung transformasi sistem kesehatan nasional.

1. Jumlah SDMK yang Belum Mencukupi

- Saat ini terdapat **171.310 dokter umum**, dengan rata-rata lulusan sekitar **12.000 per tahun** dari 117 fakultas kedokteran. Berdasarkan kebutuhan nasional tahun 2025 sebanyak 205.219, sehingga Indonesia masih **kekurangan 33.909 dokter umum**.
- Kebutuhan dokter spesialis tahun 2025 diperkirakan mencapai **81.118**, sementara ketersediaan baru **53.407**, sehingga terdapat **kekurangan 27.711 dokter spesialis**.
- Beban kerja dokter spesialis sangat tinggi. Sebagai contoh, **seorang dokter jantung menangani rata-rata 6.054 kasus per tahun**, jauh melampaui batas ideal **1.754 kasus**, yang berisiko menurunkan kualitas layanan dan ketahanan tenaga medis.
- Produksi dokter spesialis masih terbatas, yaitu sekitar **2.700 lulusan per tahun** dari **24 institusi penyelenggara PPDS**. Angka ini sangat tertinggal dibandingkan Amerika Serikat (~41.500/tahun dari 905 rumah sakit) dan Inggris (~12.000/tahun dari 704 rumah sakit). Tanpa intervensi signifikan, **pemenuhan kebutuhan dokter spesialis diperkirakan membutuhkan lebih dari 10 tahun**.
- Tenaga kesehatan mengalami **kekurangan 9.009 tenaga untuk mengisi kekosongan di 5190 puskesmas**. Tenaga kesehatan dengan kekurangan terbesar pada sanitasi lingkungan, terapis gigi mulut dan gizi. Kondisi ini menunjukkan **perlunya percepatan produksi dan distribusi tenaga kesehatan yang merata**.
- Proses adaptasi bagi lulusan luar negeri yang rumit dan memerlukan biaya menjadi salah satu kendala dalam optimalisasi pemanfaatan tenaga medis dan tenaga kesehatan lulusan luar negeri, hal ini berdampak pada rendahnya minat lulusan luar negeri untuk berpraktik di Indonesia.

2. Distribusi SDMK yang Belum Merata

- Ketimpangan distribusi tenaga kesehatan berdampak langsung pada akses layanan. **Hanya 66% RSUD** yang memiliki 7 dokter spesialis dasar, dan **baru 60% Puskesmas** yang memenuhi standar 9 jenis tenaga kesehatan. Ketimpangan paling parah terjadi di wilayah **DTPK dan kabupaten non-perkotaan**.
- Ketimpangan ini diperparah oleh distribusi peserta dan institusi pendidikan spesialis yang tidak merata. Dari total **15.523 peserta PPDS aktif pada tahun 2024**, sebanyak **67%** berasal dari Jawa dan Bali, sementara hanya **1%** dari **Indonesia Timur** dan **2%** dari **Kalimantan**.
- Selain itu, **50% (12 dari 24)** sentra pendidikan PPDS berbasis universitas juga terkonsentrasi di Pulau Jawa, yang memperkuat dominasi wilayah tertentu dalam produksi tenaga spesialis dan memperlambat pemerataan layanan di seluruh Indonesia.
- **Perawat mengalami surplus (+2,11% atau +12.856)** dan berpotensi didayagunakan untuk **memenuhi kebutuhan pasar kerja internasional** sebesar 9.972 permintaan per tahun.

3. Mutu SDMK yang Belum Optimal

- **Kompetensi dan mutu lulusan** masih belum merata, ditandai dengan disparitas antar institusi pendidikan, sistem resertifikasi yang belum optimal, serta terbatasnya akses terhadap pelatihan berkelanjutan untuk menjawab dinamika kebutuhan layanan kesehatan.
- Pendekatan pelatihan yang masih mengandalkan **metode konvensional** seperti tatap muka, media cetak, dan administrasi manual menyebabkan proses peningkatan kompetensi memakan **waktu dan biaya besar**, penyelenggara pelatihan **hanya terpusat di kota-kota besar**, dengan **akses dan cakupan peserta yang terbatas**, serta belum tersedianya **data terpusat untuk pemantauan nasional**.
- **Pengembangan karier tenaga kesehatan**, khususnya Non-ASN dan pendidik klinis, **belum memiliki sistem nasional yang terstandar**, mengakibatkan ketimpangan kesejahteraan, lemahnya motivasi, dan rendahnya retensi, terutama di wilayah DTPK dan fasilitas non-pemerintah.
- **Sistem registrasi dan resertifikasi** masih bersifat terfragmentasi, bergantung pada organisasi profesi, dan belum terintegrasi dengan sistem perizinan praktik. Hal ini melemahkan akuntabilitas dan konsistensi dalam pembinaan tenaga kesehatan.
- **Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan SDMK** belum berjalan optimal, terlihat dari lemahnya regulasi di tingkat daerah, minimnya pengawasan terhadap kesejahteraan dan kinerja tenaga kesehatan, serta belum adanya **instrumen nasional yang terintegrasi** untuk monitoring dan evaluasi mutu secara menyeluruh.

Sebagai respons atas berbagai tantangan utama, pemerintah menetapkan agenda transformasi SDMK yang berlandaskan pada Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023, yang dirancang sebagai payung hukum utama untuk mendukung pelaksanaan transformasi tersebut. Adapun fokus transformasi SDMK meliputi:

1. Perencanaan SDMK berbasis data dan kebutuhan riil

- **Penyusunan perencanaan kebutuhan SDMK melalui pendekatan wilayah** berdasarkan epidemiologis dan jumlah penduduk hingga kabupaten/kota/provinsi/nasional yang diproyeksikan 10 tahun ke depan, guna memastikan ketersediaan SDMK yang tepat jumlah, jenis, dan sebarannya.
- **Pemetaan perencanaan kebutuhan SDMK melalui pendekatan institusi** berdasarkan standar layanan dan jumlah sasaran pelayanan yang selaras dengan perencanaan pendekatan wilayah.
- **Pemanfaatan sistem informasi SatuSehat SDMK** melalui Dashboard Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menyajikan pemetaan kebutuhan SDMK berdasarkan epidemiologis, distribusi penduduk, dan jenis layanan yang dapat diakses oleh publik untuk digunakan sebagai dasar penyusunan kebijakan.

2. Produksi SDMK yang adaptif dan terencana

- **Pendidikan Dokter Spesialis** menjadi bagian dari transformasi pendidikan tenaga medis yang dilaksanakan melalui skema pendidikan ganda berbasis universitas dan rumah sakit. Sejak awal, pendidikan dokter spesialis RSPPU sudah memetakan wilayah penempatan pasca pendidikan. Sehingga, lulusan pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit langsung diberdayakan pada wilayah yang kosong atau kekurangan dokter spesialis.
- **Program bantuan biaya pendidikan sebagai** upaya mendukung ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan di berbagai wilayah, termasuk DTPK. Kemenkes berkomitmen menyediakan program beasiswa bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan terdiri dari beasiswa dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan subspesialis, dokter gigi spesialis dan subspesialis, dan SDM Kesehatan (perawat, bidan, gizi, kesehatan masyarakat, dan lainnya).
- **Poltekkes Kemenkes** sebagai institusi pendidikan tinggi yang menyelenggarakan program vokasi dan profesi di bidang kesehatan, memiliki peran strategis dalam menghasilkan tenaga kesehatan yang berkualitas, kompeten, dan berdaya saing global. Selain berkontribusi pada peningkatan jumlah tenaga kesehatan, keberadaan 38 Poltekkes Kemenkes yang tersebar di berbagai wilayah juga memastikan pemerataan dan ketersediaan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan nasional. Program studi yang ditawarkan di Poltekkes Kemenkes dirancang berdasarkan kebutuhan riil (*supply & demand*) tenaga kesehatan, termasuk untuk mengisi

formasi tenaga kesehatan yang masih langka dan tenaga kesehatan terspesialisasi.

3. Distribusi dan pendayagunaan yang berkeadilan dan berkelanjutan

- **Pengadaan ASN Jabatan Fungsional bidang Kesehatan (JFK)**, kebutuhan pengadaan ASN JFK terintegrasi dengan sistem perencanaan kebutuhan milik Kementerian Kesehatan sebagai upaya pengadaan yang lebih tepat.
- **Penugasan Khusus** dapat dilakukan oleh Menteri Kesehatan, dan dapat diduplikasi oleh Gubernur, atau Bupati/Wali Kota. Penugasan Khusus oleh Pemda ditargetkan dapat mengisi hingga 47% kekosongan, dan membutuhkan dukungan dari KemenPAN-RB, Kemendagri, dan Kemenkeu.
- **Pendayagunaan WNA dan WNI LLN** mendukung pemenuhan, pemerataan, dan alih iptek. Proses adaptasi disusun lebih sederhana, transparan, dan tanpa dipungut biaya, dengan evaluasi kompetensi oleh Komite serta pelaksanaan adaptasi di Fasyankes dipersingkat menjadi satu tahun.
- **Pendayagunaan WNI ke Luar Negeri** merupakan upaya pemanfaatan, pengembangan karier, dan peningkatan kompetensi yang dilaksanakan secara berkelanjutan dengan mempertimbangkan keseimbangan antara kebutuhan tenaga kesehatan di dalam negeri dan peluang kerja di luar negeri.
- **Program Internsip Dokter dan Dokter Gigi** merupakan upaya pemantapan, pemahiran, dan pemandirian lulusan sebelum melaksanakan praktik keprofesian. Penempatan dapat dilakukan di Fasyankes yang mengalami kekosongan tenaga dengan pendampingan oleh dokter/dokter gigi dari wahana terdekat dalam satu kelompok wahana penempatan.

4. Peningkatan mutu SDMK

- **Sistem pelatihan digital (*Learning Management System/LMS*)** dikembangkan untuk memfasilitasi, mengelola, dan melacak pembelajaran tenaga medis dan tenaga kesehatan. Sistem ini memungkinkan kegiatan pembelajaran langsung tercatat tanpa proses administrasi yang rumit, serta memudahkan pencarian pelatihan yang relevan.
- **Peningkatan Mutu SDMK melalui program fellowship** dengan mendorong peningkatan jenis fellowship sesuai kebutuhan, jumlah institusi penyelenggara di dalam dan luar negeri, kuota peserta didik, serta keikutsertaan dokter spesialis mengikuti program fellowship.
- **Surat Tanda Registrasi (STR) tenaga medis dan tenaga kesehatan berlaku Seumur Hidup dan Gratis.** Tenaga medis dan tenaga kesehatan tidak perlu lagi memperpanjang STR setiap 5 tahun sekali. Kini, STR berlaku seumur hidup karena STR pada dasarnya adalah pencatatan tenaga medis dan tenaga kesehatan. Bahkan STR

berbiaya Rp.0 diberikan bagi Warga Negara Indonesia (WNI) yang melakukan pembaharuan STR lama menjadi STR Seumur Hidup, STR pendidikan (PPDS/PPDGS), dan peningkatan kompetensi/kualifikasi, dengan kemudahan persyaratan online melalui platform SatuSehat SDMK. **Per Desember 2024, sebanyak 1.607.727 STR Seumur Hidup telah diterbitkan** bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan, atau sekitar 72,4% dari total 2.220.344 tenaga medis dan tenaga kesehatan yang teregistrasi aktif, serta 278.373 STR diterbitkan dengan biaya Rp. 0.

- **Kemudahan pengurusan Surat Izin Praktik (SIP)** tenaga medis dan tenaga kesehatan melalui integrasi sistem perizinan yang terpusat hingga kabupaten/kota, serta **pemberian SIP dan surat tugas oleh Menkes** kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam kondisi tertentu sesuai dengan kebutuhan dan keurgensian layanan kesehatan.
- **Kemudahan pengelolaan Satuan Kredit Profesi (SKP) melalui platform terpusat SatuSehat SKP** yang digunakan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan lintas disiplin dan kolegium. Sistem ini transparan, akuntabel, tanpa rekomendasi organisasi profesi, serta terintegrasi dengan LMS untuk SKP pembelajaran, RME untuk SKP pelayanan, serta memudahkan unggah bukti SKP pengabdian.
- **Restrukturisasi kelembagaan melalui pembentukan Konsil Kesehatan Indonesia** sebagai entitas tunggal yang menggabungkan dua konsil sebelumnya, yaitu Konsil Kedokteran Indonesia dan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia. **Kolegium kini merupakan alat kelengkapan Konsil**, tidak lagi di bawah organisasi profesi dimana Konsil bertanggung jawab kepada Presiden melalui Menteri. Selain itu, **Majelis Disiplin** bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan dibentuk untuk **memperkuat penegakan disiplin dan perlindungan masyarakat**.

5. Pembinaan dan Pengawasan SDMK

- **Pengembangan karier dan pengelolaan SDMK** dilakukan melalui penataan formasi jabatan fungsional berbasis Analisis Beban Kerja (ABK) dan peta kebutuhan nasional, penguatan uji kompetensi digital yang terstandar nasional, serta pengembangan sistem penilaian kinerja berbasis hasil kerja. Selain itu, jenjang karier untuk tenaga non-ASN dan peran pendidik klinis juga diperkuat melalui kerangka hukum dan kebijakan nasional. Upaya ini bertujuan untuk menciptakan SDMK yang profesional, kompeten, dan tersebar merata, serta mendukung layanan kesehatan yang berkualitas dan berkelanjutan.
- **Pelindungan dan kesejahteraan SDMK** diperkuat melalui jaminan hukum dalam praktik profesi, pengaturan sistem pengupahan yang layak, dan pemberian tunjangan khusus bagi tenaga di wilayah DTPK. Pemerintah juga mendorong pemberian penghargaan berbasis kinerja.

Reformasi ini ditujukan untuk meningkatkan rasa aman, motivasi, dan retensi tenaga medis dan tenaga kesehatan, guna menjamin pemerataan dan keberlanjutan layanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.

- **Pembinaan dan pengawasan SDMK** dilakukan melalui pelaksanaan pengawasan berkala dan sewaktu-waktu yang berbasis data dan melibatkan lintas sektor. Di sisi lain, pembinaan teknis keprofesian dijalankan secara terstruktur dengan penjaminan mutu oleh KKI dan Kolegium. Langkah ini bertujuan memastikan praktik tenaga kesehatan berjalan sesuai standar dan regulasi, serta membangun tata kelola SDMK yang transparan, akuntabel, dan berorientasi pada mutu pelayanan.
- **Penguatan sistem pengaduan masyarakat dan penindakan pelanggaran secara digital.** Pencatatan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang dijatuhkan sanksi administratif atau disiplin melalui penandaan (*flagging*) sanksi dalam sistem SatuSehat SDMK.

Blueprint ini tidak hanya menjadi dokumen perencanaan, tetapi juga berperan sebagai instrumen navigasi bagi seluruh pemangku kepentingan di pusat dan daerah dalam melakukan penyesuaian kebijakan, pengambilan keputusan berbasis data, serta penguatan sistem SDMK yang lebih adaptif dan responsif. Dengan implementasi yang tepat, *blueprint* ini akan mendorong terciptanya layanan kesehatan yang adil, merata, dan berkualitas di seluruh wilayah Indonesia.

Daftar Isi

Kata Pengantar	1
Ringkasan Eksekutif	2
Daftar Isi.....	8
1 PENDAHULUAN	10
1.1 Latar Belakang	10
1.2 Ruang Lingkup	14
1.3 Penyusunan Peta Jalan Pengelolaan SDMK	15
2. ANALISA SITUASI	18
2.1 Analisa Situasi Perencanaan SDMK	18
2.2 Analisa Situasi Produksi SDMK	23
2.3 Analisa Situasi Distribusi SDMK.....	30
2.4 Analisa Situasi Mutu SDMK	41
2.5 Analisa Situasi Pembinaan dan Pengawasan SDMK	51
3. PETA JALAN PENGELOLAAN SDMK	63
3.1 Peta Jalan Perencanaan SDMK.....	63
3.2 Peta Jalan Produksi SDMK	213
3.3 Peta Jalan Distribusi SDMK	222
3.4 Peta Jalan Mutu SDMK	252
3.5 Peta Jalan Pembinaan dan Pengawasan SDMK	267
4. OPERASIONALISASI PETA JALAN PENGELOLAAN SDMK.....	286
1. Cascading ISS, IKP, dan IKK Direktorat Jenderal SDMK 2025-2029	288
2. Matriks Indikator, Definisi Operasional, Cara Perhitungan, Sumber Data, Penanggung Jawab Direktorat Jenderal SDMK 2025-2029.....	295
5. RENCANA MONITORING & EVALUASI	315
6. PENUTUP	319

1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan data WHO tahun 2021, penyebab kematian tertinggi di dunia adalah penyakit jantung, stroke, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), infeksi saluran pernapasan bawah, dan kanker. Di Indonesia, menurut analisis data Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2021, penyebab kematian tertinggi meliputi penyakit jantung, stroke, gangguan sistem pernapasan, kanker, serta penyakit urologi dan nefrologi.

Selain itu, berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2025–2029, disebutkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mengalami penurunan signifikan, dari 305 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2020. Angka Kematian Bayi (AKB) juga menunjukkan tren penurunan, dari 22 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 menjadi 16,85 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2020.

Namun, Indonesia masih menghadapi tantangan untuk mencapai target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) tahun 2030, yaitu AKI sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup. Data WHO tahun 2023 menunjukkan bahwa AKI dan AKB di Indonesia masih lebih tinggi dibandingkan negara-negara ASEAN lainnya. Sebagai perbandingan, Singapura mencatat AKI sebesar 6 dan

AKB sebesar 2,1; Malaysia AKI 26 dan AKB 8,1; Thailand AKI 34 dan AKB 9,2; Vietnam AKI 48 dan AKB 20; Laos AKI 112 dan AKB 39; serta Kamboja AKI 137 dan AKB 22,9.

Dalam upaya menurunkan angka kematian di Indonesia, diperlukan dukungan dari ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memadai. Pada tahun 2024, rasio ketersediaan dokter spesialis diperkirakan mencapai 0,18 per 1.000 penduduk, meningkat dari 0,16 per 1.000 penduduk pada tahun 2023. Meskipun mengalami peningkatan, angka ini masih berada di bawah kebutuhan ideal sebesar 0,28 per 1.000 penduduk, berdasarkan perhitungan kebutuhan berbasis wilayah dengan metode *supply-demand*.

Ketersediaan dokter spesialis di Indonesia juga masih tertinggal dibandingkan dengan negara lain. Sebagai perbandingan, rasio dokter spesialis per 1.000 penduduk pada tahun 2022 di Amerika Serikat adalah 3,30; di Inggris (*United Kingdom*) tahun 2023 sebesar 2,53; Australia tahun 2022 sebesar 1,47; Singapura sebesar 1,12; dan Thailand pada tahun 2021 sebesar 0,20. Saat ini, jumlah dokter spesialis di Indonesia tercatat sebanyak 51.616 orang, sementara jumlah penduduk pada tahun 2024 diperkirakan mencapai 281.603.799 jiwa. Hal ini berarti bahwa rata-rata satu dokter spesialis harus melayani sekitar 5.455 penduduk. Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan Singapura, di mana satu dokter spesialis hanya melayani sekitar 893 penduduk. Sebagai contoh, idealnya satu dokter spesialis jantung di Indonesia menangani sekitar 1.754 kasus per tahun, berdasarkan estimasi beban penyakit jantung di populasi.

Namun kenyataannya, satu spesialis jantung dapat menangani hingga 6.054 kasus per tahun. Kesenjangan ini menunjukkan ketimpangan antara kapasitas sumber daya manusia dan kebutuhan layanan kesehatan, yang berpotensi mempengaruhi kualitas pelayanan dan kecepatan penanganan pasien dengan penyakit jantung.

Data tersebut menegaskan bahwa Indonesia masih mengalami kekurangan dokter spesialis, baik secara jumlah maupun distribusi. Dari total 51.616 dokter spesialis, sebanyak sekitar 65% berada di wilayah Jawa dan Bali. Hal ini mencerminkan tantangan maldistribusi yang disebabkan oleh kondisi geografis Indonesia sebagai negara kepulauan yang luas dan beragam. Melihat situasi tersebut, Indonesia membutuhkan transformasi kebijakan untuk mempercepat pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, termasuk dalam hal pemenuhan tenaga untuk layanan kesehatan primer dan lanjutan, serta prioritas layanan KJSU-KIA.

Pengelolaan SDMK perlu dilakukan secara kolaboratif antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, serta melibatkan sektor swasta sebagai mitra dalam penempatan tenaga kesehatan. Untuk meningkatkan akses pelayanan, afirmasi pemenuhan SDMK diperlukan di seluruh lini fasilitas pelayanan kesehatan, baik primer, lanjutan, maupun fasilitas pendukung lainnya, termasuk alat kesehatan, perbekalan kesehatan, serta sarana dan prasarana pendukung.

Sejalan dengan transformasi pendekatan dalam sistem kesehatan nasional. Hal ini diperkuat melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

tentang Kesehatan, yang menetapkan enam pilar transformasi kesehatan, yaitu: (1) transformasi layanan primer; (2) transformasi layanan rujukan; (3) ketahanan kesehatan, termasuk alat kesehatan dan sistem tanggap darurat; (4) pembiayaan kesehatan; (5) SDMK; dan (6) digitalisasi sistem kesehatan. Transformasi ini bertujuan mempercepat pencapaian isu prioritas, menyelesaikan permasalahan sistemik, meningkatkan kapasitas sistem kesehatan, serta memenuhi amanat presiden dalam percepatan penanganan pandemi dan pemulihan sistem kesehatan nasional.



Permasalahan terkait kekurangan tenaga kesehatan, ketimpangan distribusi, serta disparitas kualitas merupakan isu yang tidak hanya dihadapi oleh Indonesia, tetapi juga oleh banyak negara di dunia. Untuk menjawab tantangan tersebut, diperlukan kebijakan yang bersifat revolusioner guna mengubah sistem penyediaan, mekanisme pemerataan, serta optimalisasi kompetensi sumber daya manusia (SDM) di bidang kesehatan. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memuat berbagai ketentuan baru yang membawa perubahan

signifikan dalam tata kelola SDMK. Undang-undang ini menjadi landasan utama bagi pelaksanaan transformasi menyeluruh dalam sistem pengembangan dan pemanfaatan SDMK di Indonesia.

1.2 Ruang Lingkup

Blueprint Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) disusun sebagai pedoman strategis nasional dalam rangka memperkuat sistem kesehatan melalui pengelolaan SDMK yang efektif, efisien, dan berkelanjutan.

Dokumen ini mencakup ruang lingkup sebagai berikut:

- 1. Kerangka Kebijakan dan Paradigma Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Nasional**

Menyajikan latar belakang dan prinsip dasar pengelolaan SDMK sebagai landasan transformasi SDMK yang sejalan dengan kebijakan nasional.

- 2. Analisis Situasi dan Tantangan Sumber Daya Manusia Kesehatan Nasional**

Menggambarkan kondisi faktual SDMK di Indonesia, termasuk distribusi, ketimpangan, kompetensi, produktivitas, hingga tantangan lintas sektor seperti teknologi, demografi, dan dinamika pembiayaan.

- 3. Arah Strategis dan Pilar Transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan Nasional**

Menjabarkan pilar-pilar strategis pengelolaan SDMK yang meliputi:

- Perencanaan SDMK berbasis data dan proyeksi kebutuhan
- Produksi dan pendidikan tenaga kesehatan

- Pendayagunaan dan distribusi SDMK yang merata dan berkeadilan
- Peningkatan mutu SDMK
- Pembinaan dan Pengawasan SDMK

4. Rencana Aksi dan Intervensi Kunci

Menyediakan peta jalan (*roadmap*) implementasi kebijakan, indikator kinerja, dan intervensi prioritas untuk masing-masing pilar, dengan jangka waktu menengah hingga jangka panjang.

5. Sistem Pemantauan, Evaluasi, dan Penyesuaian

Menyusun kerangka monitoring dan evaluasi untuk memastikan keberlanjutan, adaptivitas, dan akuntabilitas implementasi *blueprint* ini secara berkala.

1.3 Penyusunan Peta Jalan Pengelolaan SDMK

Penyusunan *Blueprint Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)* dilakukan melalui pendekatan partisipatif, berbasis bukti, serta melibatkan lintas sektor. Pendekatan ini bertujuan untuk memastikan *blueprint* tersebut menjadi panduan strategis yang implementatif, adaptif, dan selaras dengan kebutuhan sistem kesehatan nasional.

Secara umum, proses penyusunan *blueprint* ini dilaksanakan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Pengumpulan dan Analisis Data Sekunder

Menghimpun data dan informasi dari berbagai sumber terpercaya, antara lain:

- a. Data dan statistik SDMK dari SatuSehat SDMK (SISDMK), Pusdatin, BPS, dan sumber data sektoral lainnya.
- b. Dokumen kebijakan dan perencanaan nasional (RPJMN, Renstra Kemenkes, UU No. 17 Tahun 2023).
- c. Kajian akademik, laporan evaluasi, dan publikasi nasional maupun internasional terkait SDMK.

2. Penelaahan Kebijakan dan Praktik Terbaik (Best Practices)

Kajian terhadap kebijakan yang telah dilaksanakan di Indonesia maupun referensi internasional, seperti standar WHO, *Global Strategy on Human Resources for Health*, dan praktik dari negara dengan sistem kesehatan yang berhasil.

3. Konsultasi dan *Focus Group Discussion* dengan Pemangku Kepentingan

Proses penyusunan dilakukan melalui serangkaian forum diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion/FGD*), lokakarya, dan konsultasi teknis yang melibatkan:

- a. Perwakilan unit-unit teknis di Kementerian Kesehatan
- b. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota
- c. Organisasi profesi, asosiasi institusi pendidikan, dan fasilitas pelayanan Kesehatan.
- d. Kementerian/lembaga terkait.
- e. Konsultan dan ahli di bidang kesehatan.
- f. International partner.

4. Penyusunan Draf dan Finalisasi Dokumen *Blueprint*

Draft disusun berdasarkan hasil analisis dan konsultasi, kemudian melalui tahapan:

- a. Reviu internal tim penyusun
- b. Validasi
- c. Perbaikan dan penyempurnaan substansi
- d. Finalisasi menjadi dokumen *Blueprint Pengelolaan SDMK*

5. Penyusunan Rencana Aksi dan Indikator Kinerja

Sebagai bagian integral dari *blueprint*, disusun pula *roadmap implementasi* yang mencakup:

- a. Strategi per pilar pengelolaan SDMK.
- b. Indikator output dan outcome.
- c. Target waktu dan tahapan
- d. Penanggung jawab utama dan kolaborator lintas sektor.

2. ANALISA SITUASI

2.1 Analisa Situasi Perencanaan SDMK

Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu perencanaan berbasis wilayah dengan metode rasio dan perencanaan berbasis institusi.

Pendekatan berbasis wilayah telah diterapkan melalui penyusunan proyeksi kebutuhan tenaga kesehatan tahun 2014–2025 sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menko Kesra Nomor 54 Tahun 2013. Namun, proyeksi tersebut hanya mencakup 13 jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan. Perhitungan kebutuhan dokter spesialis dilakukan secara umum tanpa rincian jenis spesialisasinya, dan estimasi kebutuhan hanya dilakukan di tingkat nasional, tanpa pemetaan secara detail berbasis provinsi dan kabupaten/kota. Sehingga hasil perhitungan tersebut, tidak dapat digunakan dalam pengambilan keputusan penataan *supply* kebutuhan dokter spesialis di provinsi dan kabupaten/ kota.

Kondisi serupa terjadi dalam perhitungan kebutuhan dokter, dokter gigi, serta tenaga kesehatan lainnya. Padahal, di sisi lain desentralisasi pelayanan kesehatan yang telah diterapkan sejak tahun 2000, menyatakan bahwa pemenuhan kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan milik Pemerintah Daerah (Pemda) merupakan kewenangan Gubernur, Bupati, atau Wali Kota.

Perencanaan SDMK berbasis wilayah, pada saat itu masih menggunakan rasio nasional dan hanya memproyeksikan pertumbuhan penduduk secara agregat. Pendekatan ini tidak sejalan dengan praktik terbaik di negara-negara maju, yang menghitung proyeksi kebutuhan menggunakan metode *supply-demand*, dengan mempertimbangkan tren

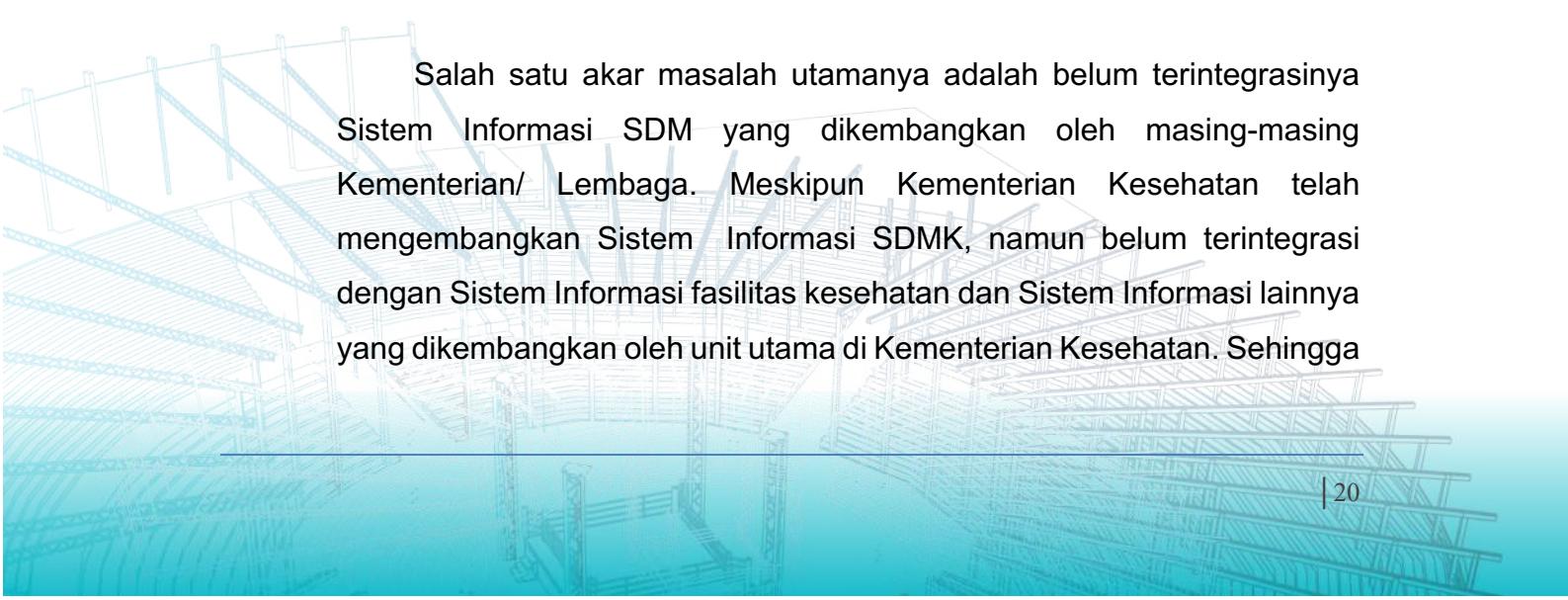
epidemiologi (angka kematian dan kesakitan) dan diproyeksikan dengan pertumbuhan penduduk (*population at risk*). Akibat dari perhitungan berbasis rasio, produksi dokter spesialis terkonsentrasi di Pulau Jawa dan Bali, karena pada saat itu mayoritas penduduk Indonesia bermukim di Pulau Jawa dan Bali.

Perhitungan tersebut belum dapat dijadikan dasar yang tepat dalam pengambilan keputusan terkait pengadaan atau produksi tenaga kesehatan di perguruan tinggi. Demikian pula dengan isu terkait dengan maldistribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat provinsi dan kabupaten/kota dalam mendukung transformasi fasilitas kesehatan baik di fasilitas pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) dan lanjutan (Rumah Sakit). Data menunjukan bahwa lebih dari 65% dokter spesialis berada di Pulau Jawa dan Bali. Konsekuensi dari maldistribusi dokter spesialis di atas, menyebabkan pelayanan kesehatan di rumah sakit di luar Jawa dan Bali tidak dapat berjalan secara optimal sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Terkonsentrasi dokter spesialis di Pulau Jawa dan Bali disebabkan oleh program studi spesialis terkonsentrasi di pulau yang dimaksud, baik kuota mahasiswa, maupun jumlah jenis prodi nya.

Adapun permasalahan terkait perencanaan berbasis institusi, walaupun telah ditetapkan Standar Ketenagaan Minimal (SKM) sebagai dasar perencanaan oleh Kementerian Kesehatan, namun belum dijadikan referensi oleh Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam pengadaan ASN untuk memenuhi kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Kendala lain yang dihadapi usulan kebutuhan pengadaan ASN oleh Pemerintah Daerah ke

Pemerintah Pusat belum melakukan koordinasi secara terpadu antar Kementerian/Lembaga terkait.

Sebelumnya, terdapat beberapa regulasi berbeda yang mengatur pengelolaan SDMK terutama SDMK di RS, yaitu UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, UU Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit serta UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Tenaga Kesehatan, dimana tidak secara spesifik menyentuh aspek perencanaan SDMK. Perencanaan SDMK termasuk perencanaan dokter spesialis dan tenaga kesehatan RS secara teknis operasional diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2015 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDMK, dimana perencanaan lebih fokus kepada penetapan kesenjangan (*gap*) namun belum sepenuhnya memperhatikan aspek validitas data kebutuhan dan keterlibatan pemangku kepentingan dari lintas sektor di Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam pemanfaatan hasil perencanaan SDMK sebagai dasar pengambilan keputusan terkait pemenuhan dan pemerataan SDMK, termasuk dokter spesialis prioritas dan tenaga kesehatan di RS.



Salah satu akar masalah utamanya adalah belum terintegrasi Sistem Informasi SDM yang dikembangkan oleh masing-masing Kementerian/ Lembaga. Meskipun Kementerian Kesehatan telah mengembangkan Sistem Informasi SDMK, namun belum terintegrasi dengan Sistem Informasi fasilitas kesehatan dan Sistem Informasi lainnya yang dikembangkan oleh unit utama di Kementerian Kesehatan. Sehingga

validitas, reliabilitas, dan akuntabilitas data belum dapat dipertanggungjawabkan.

Dalam lima tahun terakhir, sejak tahun 2020, Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) telah terintegrasi dengan Aplikasi Perencanaan Kebutuhan (Renbut). Namun demikian, dari sisi cakupan dan kualitas data, implementasi sistem ini masih belum mencapai hasil yang diharapkan. Masih banyak tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang belum memahami pentingnya pencatatan data individu tenaga kesehatan dalam SISDMK sebagai dasar utama dalam proses perhitungan kebutuhan SDMK. Di samping itu, masih banyak dijumpai anomali pada data eksisting rumah sakit dan data individu tenaga kesehatan, yang berdampak signifikan terhadap validitas hasil perencanaan SDMK. Hasil perencanaan SDMK juga belum sepenuhnya dapat diakses secara luas, sehingga belum memberikan daya ungkit yang optimal dalam upaya pemenuhan SDMK di seluruh wilayah.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan kualitas dan efektivitas perencanaan kebutuhan SDMK. Meskipun demikian, masih terdapat sejumlah kendala dan tantangan yang cukup kompleks. Permasalahan tersebut berdampak terhadap proses pemenuhan, pemerataan, dan pengelolaan SDMK secara menyeluruh, termasuk dalam perencanaan pemenuhan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Analisis terhadap tantangan-tantangan dalam perencanaan SDMK dapat dilakukan melalui pendekatan 5M, yaitu: Man (Sumber Daya Manusia), Machine (Teknologi dan Sistem Informasi), Method (Metodologi Perencanaan), Material (Sumber Data dan Informasi), dan Money (Pendanaan). Pendekatan ini memungkinkan identifikasi hambatan secara sistemik, sehingga solusi yang ditawarkan dapat lebih terarah dan komprehensif.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

No	Man	Machine	Method	Material	Money
1.	Keterbatasan jumlah SDM Pengelola Data Individu dan Perencanaan SDM di Dinas Kesehatan dan Faskes	SISDMK : - Belum mencakup keseluruhan faskes dan individu SDMK - Data eksisting individu belum sepenuhnya valid (data diri, pendidikan, profesi, pekerjaan) - Data referensi faskes belum sepenuhnya valid - Menu/field data individu yang dibutuhkan belum seluruhnya tersedia - Belum terintegrasi/ interoperabilitas sepenuhnya dengan SI lainnya yang berkaitan dengan SDMK baik di Lintas Unit dan Kementerian /Lembaga	Belum terdapat metode verifikasi validasi hasil penghitungan kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang sudah teruji secara ilmiah	Belum tersedia regulasi yang mengatur Standar Ketenagaan Minimal di RS secara lengkap sesuai Stratifikasi dan Klasifikasi Layanan	Sudah tidak tersedia Dana Dekonsentrasi bersumber APBD untuk mendukung Pemerintah Daerah menyusun Perencanaan SDMK
2.	Kapasitas teknis Pengelola Perencanaan SDM di Dinas Kesehatan dan faskes belum memadai	Aplikasi Renbut: - Belum tersedia tools verifikasi validasi kebutuhan berbasis ABK yang tersistem - Belum sepenuhnya terintegrasi/ interoperabilitas dengan SI terkait lainnya di Kementerian/ Lembaga	Kurangnya sosialisasi dan tutorial bagi seluruh individu SDMK untuk melakukan <i>input-update</i> data melalui Satu Sehat SDMK dan SISDMK	Keterbatasan infrastruktur di daerah, khususnya DTPK	Kebijakan efisiensi anggaran yang berlaku secara nasional
3.	Turn over Pengelola Perencanaan SDMK di		Kurangnya pendampingan dan tutorial bagi Dinas Kesehatan	Kelemahan koordinasi dan advokasi lintas sektor baik di Pusat maupun di Daerah	

	Dinas Kesehatan yang cukup tinggi		dan Faskes khususnya di Kabupaten/Kota dalam menghitung kebutuhan berbasis ABK melalui Aplikasi Renbut.		
4.	Kesadaran dan kepatuhan SDMK dalam melakukan <i>input-update</i> data individu di Satu Sehat SDMK masih belum optimal		Kurangnya pendampingan dan tutorial bagi OPD terkait khususnya di Kabupaten/Kota dalam verifikasi validasi kebutuhan berbasis ABK melalui Aplikasi Renbut.	Kebijakan Pemerintah Daerah belum mendukung terhadap pemanfaatan hasil perencanaan SDMK sebagai dasar pemenuhan dan redistribusi SDMK	

2.2 Analisa Situasi Produksi SDMK

Sebelum berlangsungnya transformasi sistem kesehatan, pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Indonesia menghadapi sejumlah tantangan mendasar yang secara langsung memengaruhi ketersediaan dan pemerataan SDM Kesehatan.

Produksi dokter spesialis masih sangat terbatas, dengan rata-rata hanya sekitar 2.700 lulusan per tahun dari 24 institusi penyelenggara program pendidikan dokter spesialis (PPDS). Jumlah ini jauh tertinggal dibandingkan dengan Amerika Serikat (~41.500/tahun dari 905 rumah sakit) dan Inggris (~12.000/tahun dari 704 rumah sakit). Tanpa adanya intervensi yang signifikan, pemenuhan kebutuhan dokter spesialis diperkirakan akan memerlukan waktu lebih dari satu dekade.

Sejumlah isu utama yang turut berkontribusi terhadap tantangan tersebut antara lain:

1. Tidak Mengacu Pada Rencana Nasional Kebutuhan SDM Kesehatan

Pada tahun 2018, penyelenggara pendidikan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis hanya terdapat di 12 provinsi di Indonesia. Setelah implementasi transformasi sistem kesehatan, jumlah penyelenggara pendidikan tersebut meningkat secara signifikan dan telah tersebar di 31 provinsi. Peningkatan ini mencerminkan bahwa sebelum transformasi, kapasitas dan distribusi pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan belum dirancang secara komprehensif berdasarkan proyeksi kebutuhan nasional jangka menengah dan panjang.

Pengembangan prodi kesehatan tanpa memperhatikan rencana nasional kebutuhan SDM kesehatan mengakibatkan ketidaksesuaian antara jumlah lulusan dengan kebutuhan riil di lapangan, baik dari segi kuantitas maupun jenis tenaga kesehatan. Sistem pendidikan pada masa itu juga belum mempertimbangkan distribusi kebutuhan secara geografis, sehingga memunculkan kesenjangan antara wilayah maju dan tertinggal. Institusi pendidikan dan lulusan cenderung terkonsentrasi di wilayah perkotaan atau pulau-pulau besar, sementara daerah terpencil masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan secara signifikan.

2. Kemenkes Kurang Terlibat Dalam Pendirian Program Studi Kesehatan Baru

Sebelum transformasi sistem kesehatan, pembukaan program studi tenaga medis dan tenaga kesehatan sepenuhnya menjadi kewenangan Kemendikbudristek tanpa melibatkan rekomendasi teknis dari Kementerian Kesehatan. Akibatnya, banyak prodi baru didirikan tanpa mempertimbangkan kebutuhan riil layanan kesehatan, baik dari segi jenis tenaga, jumlah, maupun sebaran wilayah.

3. Pemerataan Institusi Pendidikan Kesehatan Belum Disesuaikan dengan Kebutuhan Wilayah

Persebaran institusi pendidikan kesehatan belum diselaraskan dengan kebutuhan tenaga kesehatan di masing-masing daerah. Akibatnya, sejumlah wilayah dengan kebutuhan tinggi justru tidak memiliki institusi pendidikan yang memadai, sehingga memperburuk ketimpangan distribusi SDMK secara nasional.

4. Belum Ada Perencanaan Kuota Pendidikan Berdasarkan Perhitungan *Supply-Demand*

Sebelum transformasi kesehatan, Kemenkes belum hadir dalam perencanaan kuota pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan. Perencanaan kuota pendidikan belum didasarkan pada proyeksi kebutuhan (*supply & demand*) secara menyeluruh. Analisis kebutuhan belum mempertimbangkan keseimbangan antara sisi permintaan (*demand*) di fasilitas pelayanan kesehatan dan sisi pasokan (*supply*) dari institusi pendidikan. Akibatnya, kebijakan pengembangan SDM kesehatan cenderung bersifat reaktif dan tidak antisipatif, sehingga penentuan kuota pendidikan di berbagai institusi kesehatan hanya

didasarkan pada kapasitas institusinya saja. Dengan demikian, belum tersedia landasan untuk menetapkan jumlah tenaga kesehatan yang perlu dihasilkan secara terukur dan sesuai kebutuhan nasional.

Pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan setelah transformasi kesehatan:

1. Ada Rencana Kebutuhan Nasional Yang Menjadi Acuan Pendirian Prodi Tenaga Medis Dan Tenaga Kesehatan Yang Baru

Penetapan rencana kebutuhan nasional merupakan langkah strategis untuk menyelaraskan kapasitas institusi pendidikan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia. Pasca transformasi sistem kesehatan, pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilaksanakan berdasarkan perencanaan dan pendayagunaan yang terintegrasi.

UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa pengadaan tenaga kesehatan melalui perguruan tinggi harus memperhatikan berbagai aspek penting, antara lain: ketersediaan dan sebaran institusi pendidikan serta program studi di setiap wilayah; keseimbangan antara kebutuhan upaya pelayanan kesehatan dengan peluang kerja, baik di dalam maupun luar negeri; kesesuaian kapasitas produksi tenaga kesehatan dengan sumber daya yang tersedia; perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; serta prioritas pembangunan dan pelayanan kesehatan nasional.

Saat ini, pembukaan program studi Tenaga medis dan tenaga kesehatan tidak lagi hanya mempertimbangkan kapasitas institusi, potensi pasar, atau aspek akademik internal, tetapi juga harus didasarkan pada analisis kebutuhan tenaga kesehatan—baik dari sisi jumlah maupun jenis—secara nasional maupun regional. Pendekatan

ini bertujuan mencegah ketidakseimbangan antara jumlah lulusan dan kebutuhan di lapangan, serta menjadi solusi atas ketimpangan distribusi SDM kesehatan, khususnya di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK). Setiap pembukaan program studi baru kini diwajibkan merujuk pada proyeksi kebutuhan tenaga kesehatan yang disusun secara sistematis oleh Kementerian Kesehatan. Proyeksi tersebut didasarkan pada berbagai indikator, seperti:

1. Jumlah dan rasio ideal tenaga kesehatan per 1.000 penduduk.
2. Peta beban penyakit (*disease burden*) di masing-masing wilayah.
3. Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes).
4. Pola migrasi dan mobilitas tenaga kesehatan.
5. Proyeksi pertumbuhan penduduk dan trend epidemiologi.

Melalui mekanisme ini, setiap pembukaan program studi baru, baik di perguruan tinggi negeri maupun swasta, wajib disertai dengan analisis kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan secara nasional serta rekomendasi dari Kementerian Kesehatan.

2. Izin pendirian Prodi Kesehatan diperoleh dari Kemendiktisaintek Setelah Mendapatkan Rekomendasi dari Kemenkes

Pembinaan pendidikan tinggi dalam pengadaan tenaga medis dan tenaga kesehatan dilakukan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, berkoordinasi dengan Menteri Kesehatan. Pembinaan ini mencakup, antara lain, upaya pemenuhan kebutuhan nasional akan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang kompeten dan merata. Sesuai PP Nomor 28 Tahun 2024 Pasal 579 Ayat (1), penyelenggara pendidikan tinggi Tenaga

Medis dan Tenaga Kesehatan wajib memperoleh izin dari Menteri Pendidikan setelah mendapatkan rekomendasi dari Menteri Kesehatan. Dengan ketentuan ini, Kementerian Kesehatan saat ini memegang peran formal dan strategis dalam proses pendirian program studi dan institusi pendidikan tenaga kesehatan. Peran ini memastikan bahwa pendirian program studi tidak sekadar bersifat administratif, melainkan juga didasarkan pada kebutuhan kesehatan nasional dan regional, sesuai dengan data dan perencanaan SDMK yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

3. Perbaikan Pemerataan Institusi Pendidikan Kesehatan Disesuaikan Kebutuhan Wilayah

Pada tahun 2022, pemerintah pusat memberikan perhatian khusus terhadap sejumlah provinsi yang belum memiliki Fakultas Kedokteran (FK). Sebagai langkah strategis, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi (Kemendikbudristek) menetapkan kebijakan bahwa setiap provinsi di Indonesia harus memiliki minimal satu FK negeri guna mendorong pemerataan akses pendidikan kedokteran. Dalam proses ini, Kementerian Kesehatan turut berperan aktif melalui pemberian rekomendasi teknis sebagai salah satu syarat pendirian FK di wilayah-wilayah tersebut. Kebijakan ini dilaksanakan secara bertahap. Beberapa FK negeri telah didirikan, seperti FK Universitas Bangka Belitung, FK Universitas Borneo Tarakan (Kalimantan Utara), FK Universitas Sulawesi Barat, dan FK Universitas Maritim Raja Ali Haji (Kepulauan Riau). Pendirian FK-FK baru tersebut didampingi oleh fakultas kedokteran negeri yang sudah mapan, guna menjamin mutu pendidikan tetap terjaga melalui mekanisme pendampingan institusional.

Pada tahun yang sama, pemerintah juga mendorong pembukaan program studi dokter spesialis secara lebih luas, termasuk melalui keterlibatan FK swasta yang memenuhi persyaratan akademik dan klinis. Langkah ini bertujuan meningkatkan kapasitas pendidikan dokter spesialis, terutama dengan memanfaatkan FK swasta yang telah memiliki rumah sakit pendidikan dan jejaring layanan yang memadai. Pendekatan kolaboratif ini merupakan bagian integral dari Transformasi SDMK dalam menjamin ketersediaan tenaga medis spesialis yang merata dan berkualitas di seluruh wilayah Indonesia.

4. Optimalisasi Kuota Pendidikan Baik Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sesuai Perencanaan Kebutuhan Nasional

Melalui Surat Keputusan Bersama (SKB) antara Mendikbudristek dan Menteri Kesehatan tanggal 12 Juli 2022, pemerintah mendorong peningkatan kuota mahasiswa kedokteran dan dokter spesialis. Fakultas Kedokteran dengan akreditasi A (Unggul) didorong untuk menambah kuota minimal 20% dari kapasitas sebelumnya, sedangkan FK berakreditasi B (Baik Sekali) ditargetkan meningkatkan kuota sebesar 10%. Untuk pendidikan spesialis, rasio dosen terhadap mahasiswa juga diperlonggar dari 1:3 menjadi 1:5 guna meningkatkan daya tampung.

Peningkatan kuota pendidikan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan kini dilakukan secara terarah dan sistematis. Kuota disusun berdasarkan proyeksi kebutuhan nasional yang mempertimbangkan keseimbangan antara *supply-demand*, termasuk distribusi kekurangan SDMK di tiap daerah dan kebutuhan spesifik per wilayah. Upaya ini juga dilengkapi dengan kebijakan afirmatif bagi daerah yang masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan, sehingga

transformasi sistem kesehatan mampu menghasilkan SDM yang merata, relevan, dan responsif terhadap tantangan wilayah.

2.3 Analisa Situasi Distribusi SDMK

Distribusi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Indonesia, khususnya Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, hingga saat ini masih menghadapi tantangan ketimpangan antar wilayah dan antar jenis fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagian besar tenaga kesehatan terkonsentrasi di fasilitas kesehatan primer wilayah perkotaan dan rumah sakit besar, sementara daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK)—terutama yang tergolong terpencil dan sangat terpencil—masih mengalami kekurangan serius, baik dari sisi jumlah maupun jenis tenaga kesehatan. Ketidakseimbangan ini berdampak langsung pada kesenjangan akses dan mutu pelayanan kesehatan, yang seharusnya menjadi hak dasar seluruh warga negara.

Transformasi layanan kesehatan primer yang tengah dijalankan melalui berbagai inisiatif seperti *Indonesia Health System Strengthening* (IHSS), *Strengthening of Primary Healthcare in Indonesia* (SOPHI), *Indonesia Public Laboratory System Strengthening* (InPULS), dan *Strengthening Indonesia's Healthcare Referral Network*, membutuhkan dukungan SDMK yang tidak hanya mencukupi dari sisi kuantitas, tetapi juga berkualitas serta merata dari sisi sebaran dan kompetensi.

Dalam menjawab tantangan tersebut, Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai langkah strategis untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di DTPK dan daerah tidak diminati. Beberapa upaya tersebut antara lain melalui program Penugasan Khusus di puskesmas, program Pendayagunaan Dokter Spesialis di rumah sakit, program adaptasi bagi WNI lulusan luar negeri dan tenaga kesehatan asing, serta program

Internship Dokter dan Dokter Gigi. Pendekatan ini dilakukan karena mekanisme rekrutmen Calon Aparatur Sipil Negara (CASN) belum mampu menutup kesenjangan kebutuhan tenaga di wilayah-wilayah tersebut, terutama akibat rendahnya minat tenaga kesehatan untuk menjadi ASN dan menetap di daerah terpencil.

Namun, setelah diberlakukannya Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara, yang melarang pengangkatan tenaga non-ASN, kekurangan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan primer justru semakin meningkat. Per Juli 2025, jumlah puskesmas yang memenuhi standar kelengkapan tenaga kesehatan menurun dari 59% pada Januari 2025 menjadi 49%.

Untuk menjawab kebutuhan tenaga kesehatan yang terus meningkat, skema Penugasan Khusus diharapkan menjadi instrumen utama dalam pengisian tenaga di puskesmas dan rumah sakit, termasuk melalui program Pendayagunaan Dokter Spesialis. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, pelaksanaan penugasan tersebut dapat dilakukan oleh Menteri, Gubernur, Bupati, atau Wali Kota. Ketentuan ini membuka peluang besar bagi peran aktif pemerintah daerah dalam pemenuhan tenaga kesehatan. Namun demikian, dengan berlakunya UU ASN terbaru, timbul keraguan di tingkat daerah dalam melaksanakan Penugasan Khusus. Oleh karena itu, penyelarasan regulasi menjadi sangat penting agar pelaksanaan Penugasan Khusus dapat berjalan optimal. Saat ini, pembahasan lintas kementerian terhadap Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pengelolaan SDMK sedang berlangsung sebagai langkah harmonisasi kebijakan.

Per November 2024, tercatat sebanyak 2.330 tenaga medis dan tenaga kesehatan menjalani Penugasan Khusus di 1.570 puskesmas,

sementara 3.132 dokter spesialis menjalankan penugasan di 934 rumah sakit milik pemerintah daerah, dan 37 dokter spesialis WNI lulusan luar negeri mengisi formasi di 37 rumah sakit.

Mekanisme pemenuhan SDMK juga dilakukan melalui pengangkatan pegawai dengan skema Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Namun demikian, implementasi skema ini masih terkendala oleh keterbatasan kapasitas fiskal masing-masing fasilitas kesehatan BLUD. Optimalisasi dapat dicapai melalui dukungan pemerintah daerah, khususnya dengan penyediaan insentif dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Dalam hal ini, Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Dalam Negeri mendorong fasyankes non-BLUD untuk meningkatkan status kelembagaannya menjadi BLUD agar memperoleh fleksibilitas pengelolaan keuangan dan operasional, termasuk dalam pemenuhan SDMK.

Dalam rangka pemantapan, pemahiran, dan pemandirian lulusan dokter dan dokter gigi sebelum melakukan praktik profesi, Program Internship juga dapat menjadi salah satu upaya pemenuhan kebutuhan dokter dan dokter gigi jangka pendek. Saat ini, terdapat 11.292 dokter dan 3.174 dokter gigi yang tengah menjalani internship di 2.214 Puskesmas dan 1.188 rumah sakit.

Selain pemenuhan melalui rekrutmen dan penugasan, redistribusi pegawai negeri sipil (PNS) antar fasilitas kesehatan juga menjadi solusi potensial dalam mengatasi ketimpangan distribusi SDMK. Redistribusi ini diatur dalam kerangka regulasi ASN, serta didukung oleh ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024. Sebelumnya, redistribusi juga telah diatur melalui Peraturan Bersama Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri, dan Menteri PANRB Nomor 61 Tahun 2014, Nomor 68 Tahun 2014, dan Nomor 08/SKB/MENPAN-

RB/10/2014 tentang Perencanaan dan Pemerataan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Daerah. Namun, pelaksanaan redistribusi ini belum berjalan secara optimal di berbagai daerah. Di tengah kekurangan sebagian besar jenis tenaga kesehatan, perawat justru mengalami surplus sebesar +2,11% atau +12.856 perawat, yang mencerminkan ketidakseimbangan antara jumlah lulusan dan kapasitas serapan dalam negeri. Surplus ini berisiko menciptakan pengangguran, serta ketidakterpenuhinya potensi pengembangan kompetensi. Sementara itu, pasar kerja internasional menunjukkan permintaan tinggi. Dari tahun 2022 hingga 2024, BP2MI mencatat 29.915 atau 9.972 per tahun permintaan tenaga kesehatan (*job order/demand letter*) sebagai perawat dan *careworker* dari 11 negara tujuan. Namun, hanya 22.5% dari permintaan tersebut yang dapat dipenuhi.

Dari tahun 2022 hingga 2024, sebanyak 4.525 tenaga kesehatan Indonesia telah didayagunkan ke 13 negara tujuan. Sebagian besar dari perawat tersebut ditempatkan di Jepang (58%) dan Arab Saudi (25%) melalui berbagai skema kerja seperti Government to Government (G to G) dan Private to Private (P to P). Salah satu hambatan utama yang dihadapi oleh tenaga kesehatan Indonesia untuk bekerja di luar negeri adalah kurangnya kemampuan bahasa.

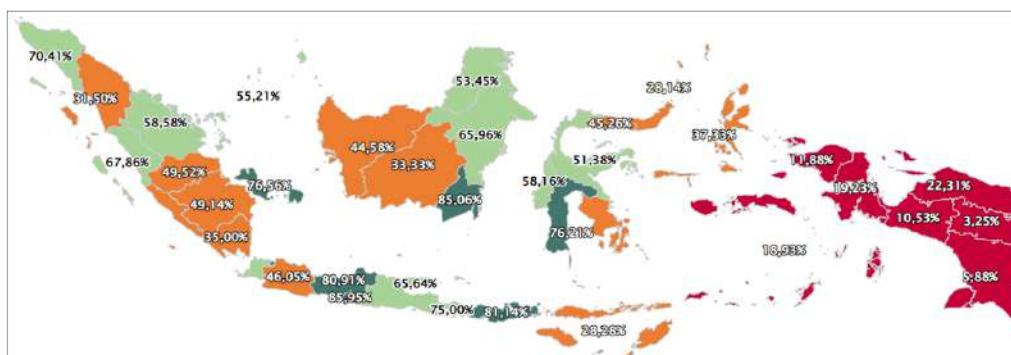
Kesenjangan antara ketersediaan (*supply*) dan permintaan (*demand*) tenaga perawat di pasar internasional mencerminkan belum optimalnya mekanisme pengelolaan pendayagunaan tenaga kesehatan Indonesia ke luar negeri. Ketidakseimbangan ini mengindikasikan perlunya perumusan dan implementasi kebijakan pendayagunaan tenaga kesehatan yang lebih sistematis, terkoordinasi, dan berbasis kebutuhan pasar global. Selain sebagai upaya untuk mengatasi surplus tenaga

perawat di dalam negeri, kebijakan ini juga harus diarahkan pada peningkatan daya saing, kompetensi, serta pengembangan karier tenaga kesehatan Indonesia dalam konteks global

Melihat kompleksitas dan dinamika pemenuhan SDMK, diperlukan penguatan dalam analisis distribusi SDMK berbasis data. Analisis ini menjadi pondasi penting dalam merumuskan kebijakan yang adil, adaptif, dan tepat sasaran, sehingga dapat menjamin kehadiran tenaga kesehatan yang merata dan berkualitas di seluruh wilayah Indonesia.

2.3.1. Peta Kondisi SDMK Puskesmas

Sebaran Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan prioritas belum merata khususnya di bagian Timur Indonesia.



Peta di atas menunjukkan bahwa pada tahun 2024, hanya 60% dari 10.212 Puskesmas teregistrasi yang memiliki kelengkapan sembilan jenis tenaga kesehatan. Tren dan perkembangan pemenuhan sejak tahun-tahun sebelumnya ditampilkan dalam grafik di bawah.

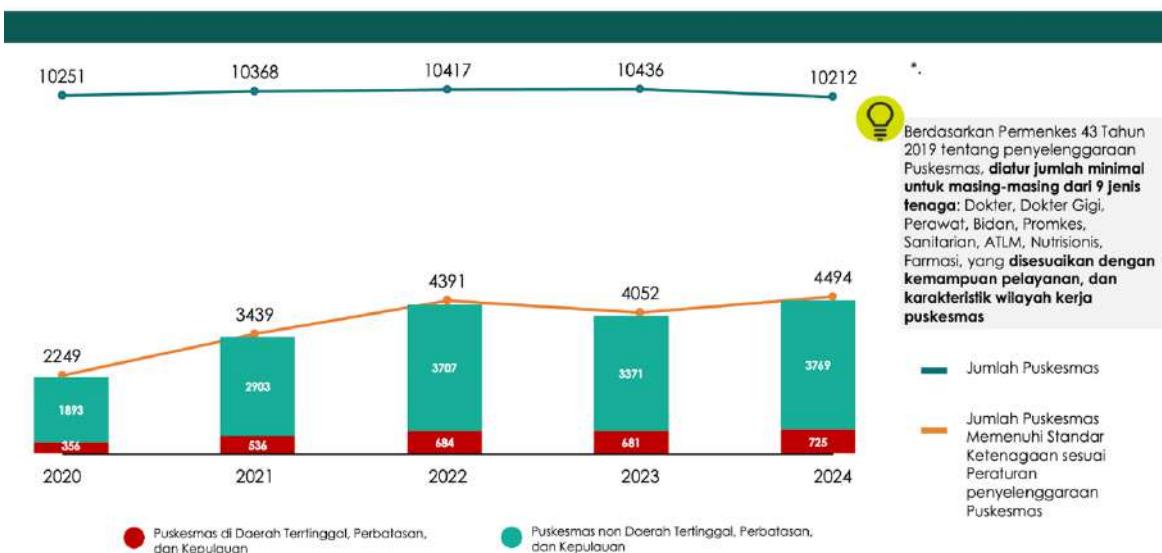
Trend Jumlah Puskesmas Lengkap 9 Jenis Nakes 2020 – 2024 Secara Nasional



Hasil pemetaan selama lima tahun terakhir menunjukkan bahwa tidak terjadi peningkatan signifikan dalam jumlah Puskesmas yang memenuhi sembilan jenis tenaga kesehatan. Peningkatan hanya terlihat pada Puskesmas di wilayah non-DTPK, sementara di wilayah DTPK cenderung stagnan.

Selain itu, grafik di atas memperlihatkan adanya penurunan jumlah Puskesmas secara nasional pada tahun 2024, yang disebabkan oleh perubahan status beberapa Puskesmas Kelurahan di Provinsi DKI Jakarta menjadi Puskesmas Pembantu.

Trend Jumlah Puskesmas Memenuhi Standar Ketenagaan Minimal (SKM) 2020 – 2024 Secara Nasional



Tren jumlah Puskesmas yang memenuhi standar ketenagaan minimal—sembilan jenis tenaga kesehatan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Puskesmas—masih cenderung stagnan. Peningkatan hanya terjadi secara terbatas pada Puskesmas di wilayah non-DTPK, sementara Puskesmas di wilayah DTPK belum menunjukkan perkembangan yang signifikan.

**Trend Kebutuhan 9 Jenis Tenaga Kesehatan di Puskesmas
2020 – 2024 Secara Nasional**



Dalam lima tahun terakhir, dokter gigi menempati urutan tertinggi dalam kebutuhan terhadap sembilan jenis Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Puskesmas. Kebutuhan selanjutnya secara berurutan meliputi tenaga sanitarian, tenaga teknologi laboratorium medik, nutrisionis, tenaga promosi kesehatan, tenaga kefarmasian, dokter, dan bidan, dengan bidan sebagai tenaga yang paling sedikit dibutuhkan.

2.3.2. Peta Kondisi SDMK RSUD

Sebaran tenaga medis prioritas belum merata di Indonesia khususnya bagian Timur.



Peta di atas menggambarkan kondisi pemenuhan tujuh jenis dokter spesialis di RSUD pada tahun 2024, di mana hanya 66% dari total 749 RSUD yang telah memenuhi kelengkapan tersebut. Adapun tren dan perkembangan pemenuhan tujuh jenis dokter spesialis dari tahun-tahun sebelumnya ditampilkan dalam grafik di bawah.

a. RSUD milik Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota Tahun 2022 – 2024

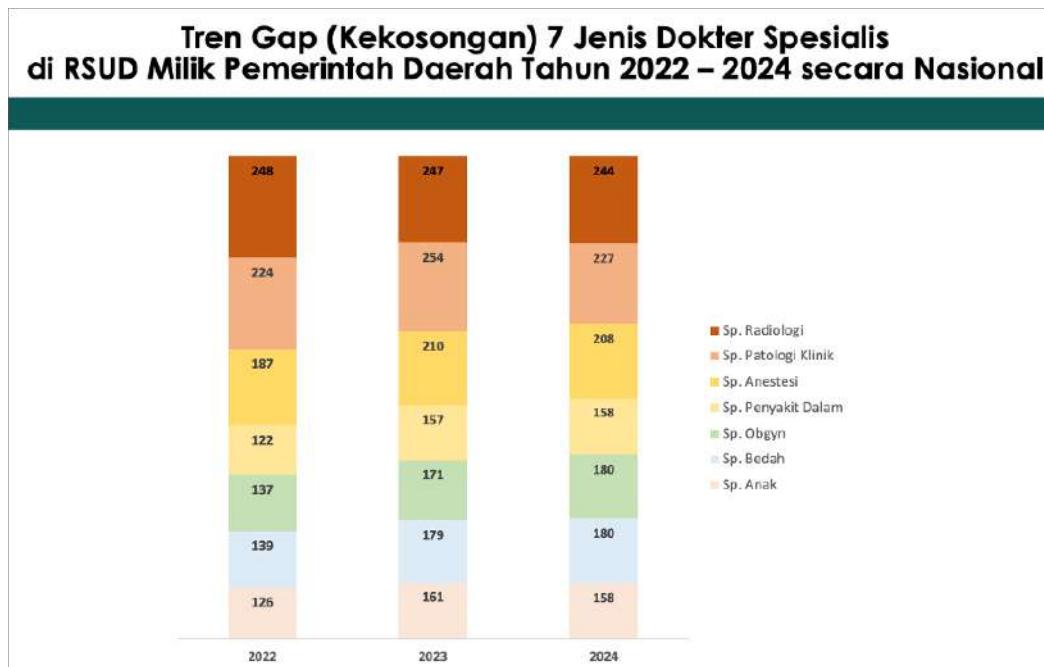
Dalam kurun waktu 3 tahun terakhir, terdapat peningkatan jumlah RSUD milik Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota meskipun tidak signifikan

Tren Jumlah RSUD Milik Pemerintah Daerah Lengkap 7 Dokter Spesialis Tahun 2022 - 2024



Terdapat penambahan sebanyak 76 RSUD dari semula 830 RSUD di Tahun 2022 menjadi 906 RSUD di Tahun 2024. Selain itu, terdapat peningkatan signifikan jumlah RSUD Provinsi dan Kabupaten/Kota yang sudah lengkap 7 jenis dokter spesialis, yaitu peningkatan sebanyak 58 RSUD Tahun 2023 dan sebanyak 248 RSUD di Tahun 2024. Sehingga total peningkatan jumlah RSUD Provinsi dan Kabupaten/Kota dari Tahun 2022 – 2024 sebanyak 306 RSUD, dengan 197 diantaranya terdapat di

wilayah Non DTPK. Sementara di wilayah DTPK, terdapat peningkatan sebanyak 109 RSUD



Dalam kurun waktu 3 tahun terakhir, terdapat peningkatan gap kebutuhan (kekosongan) pada 3 jenis dokter spesialis di RSUD milik Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota setiap tahunnya, yaitu Dokter Spesialis Bedah, Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, dan Dokter Spesialis Penyakit Dalam. Sementara itu, terdapat 1 jenis dokter spesialis yang mengalami penurunan gap kebutuhan (kekosongan) setiap tahunnya, yaitu Dokter Spesialis Radiologi.

Namun demikian, peningkatan gap kebutuhan (kekosongan) tersebut, sangat dipengaruhi oleh tren perkembangan jumlah RSUD, sehingga peningkatan gap kebutuhan (kekosongan) 7 jenis dokter spesialis tersebut relatif tidak signifikan jika dibandingkan dengan penambahan RSUD setiap tahunnya.

b. RS Jejaring Layanan KJSU-KIA Tahun 2022 – 2024

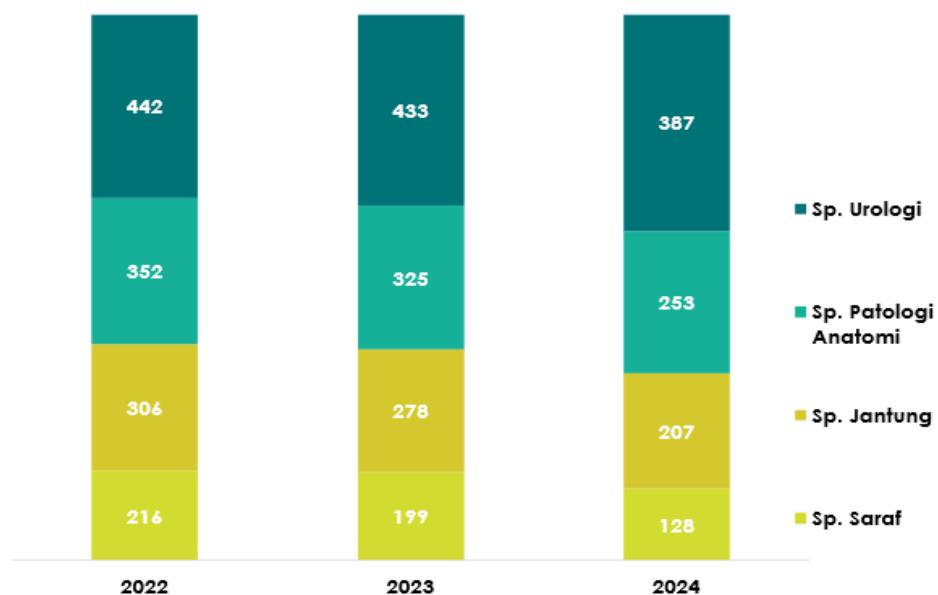
Berdasarkan data diatas, dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir, terdapat peningkatan signifikan jumlah RS Jejaring KJSU-KIA yang sudah memenuhi 4 (empat) jenis dokter spesialis penunjang layanan KJSU-KIA.

**Tren RS Jejaring KJSU-KIA Lengkap Dokter Spesialis Penunjang*
Layanan KJSU-KIA Tahun 2022 – 2024 Secara Nasional**



Peningkatan RS Jejaring KJSU-KIA dengan kelengkapan dokter spesialis terbanyak terjadi pada Tahun 2023 – 2024, yaitu sebanyak 45 RS. Pada wilayah DTPK, dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir terdapat penambahan 1 RS pada Tahun 2023 dan 7 RS pada Tahun 2024. Sementara pada wilayah Non DTPK, penambahan pada Tahun 2023 sebanyak 11 RS dan Tahun 2024 sebanyak 38 RS.

Tren Gap Kebutuhan (Kekosongan) Jenis Dokter Spesialis Penunjang Layanan KJSU-KIA Tahun 2022-2024 Secara Nasional



Dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir, terdapat penurunan gap kebutuhan (kekosongan) pada semua jenis dokter spesialis penunjang KJSU-KIA di RS Jejaring KJSU-KIA setiap tahunnya. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat pemenuhan dokter spesialis yang terus meningkat setiap tahunnya, sehingga diharapkan dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan KJSU-KIA di wilayahnya.

2.4 Analisa Situasi Mutu SDMK

Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan fondasi utama dalam menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang aman, efektif, dan berkualitas bagi seluruh masyarakat. Sebelum adanya transformasi sistem kesehatan, mutu SDMK di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan. Beberapa isu utama yang diidentifikasi antara lain:

1. Keterbatasan Akses Terhadap Pelatihan Berkelanjutan yang disebabkan Masih terbatasnya Penyelenggara Pelatihan

Berbagai program peningkatan kompetensi telah tersedia, seperti pelatihan berbasis e-learning serta program peningkatan kapasitas di fasilitas pelayanan kesehatan. Namun, pelaksanaan program-program tersebut belum merata tersedia di setiap daerah, hanya terpusat di kota-kota besar dan belum terintegrasi dengan sistem pembinaan karier berbasis kinerja. Selain itu, sistem akreditasi lembaga pelatihan dan fasilitas pelayanan kesehatan juga belum sepenuhnya dimanfaatkan sebagai instrumen untuk menjaga dan meningkatkan mutu tenaga kesehatan secara menyeluruh. Oleh karena itu, peningkatan mutu SDMK ke depan perlu diarahkan pada penguatan lembaga pelatihan yang adaptif, peningkatan standar kompetensi berbasis kebutuhan layanan, serta integrasi sistem resertifikasi dan jenjang karier profesional yang mendukung peningkatan kualitas secara berkelanjutan.

Pada praktiknya, pelatihan dan peningkatan kompetensi umumnya dilaksanakan melalui metode klasikal atau tatap muka, dengan pola relasi satu arah di mana pengajar berperan sebagai sumber utama informasi dan peserta sebagai penerima materi. Metode ini mengacu pada kurikulum atau pedoman penyelenggaraan pelatihan yang mencakup penjelasan teori dan praktik. Dalam pelaksanaannya, pelatihan klasikal harus memenuhi persyaratan sarana dan prasarana pembelajaran, seperti ketersediaan media dan alat bantu pembelajaran, serta kenyamanan ruang kelas yang mencakup pencahayaan, kualitas sarana audio-visual, suhu ruangan, dan luas area pembelajaran.

Sebelum diterapkannya sistem *Learning Management System* (LMS) di lingkungan Kementerian Kesehatan, proses peningkatan kompetensi dilaksanakan melalui beberapa pendekatan, antara lain:

1. Pelatihan tatap muka dalam bentuk ceramah, lokakarya, dan seminar;
2. Penyediaan dan distribusi media pelatihan cetak dan audio-visual (buku, modul, video, dan materi pembelajaran lainnya);
3. Pengembangan modul pelatihan manual yang dapat diakses secara fisik maupun digital, namun belum terintegrasi secara sistematis;
4. Supervisi dan monitoring langsung di lapangan untuk memastikan penerapan keterampilan yang telah diperoleh;
5. Pelatihan berbasis kegiatan dan pengalaman kerja langsung (on-the-job training);
6. Penggunaan sistem administrasi manual dalam pencatatan kehadiran, hasil pelatihan, dan evaluasi kompetensi, termasuk penggunaan spreadsheet.

Metode konvensional tersebut menyebabkan pelatihan membutuhkan waktu dan biaya yang lebih besar, disebabkan oleh proses administrasi yang belum terautomasi, keterbatasan akses akibat lokasi pelatihan yang terpusat di kota-kota besar dan jumlah peserta yang terbatas, serta belum tersedianya data terpusat yang dapat dimanfaatkan untuk analisis perkembangan kompetensi secara nasional.

2. Sistem Resertifikasi dan Perizinan Praktik bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang Belum Optimal

Dalam upaya menjamin bahwa Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang memberikan layanan telah tersertifikasi secara resmi untuk menjalankan praktik secara profesional, maka mekanisme

penerbitan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) menjadi bagian krusial dalam sistem penjaminan mutu SDMK. Sebelum diterapkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, sistem registrasi SDMK di Indonesia diatur melalui berbagai regulasi sektoral, antara lain:

- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
- Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 6 Tahun 2011 tentang Registrasi Dokter dan Dokter Gigi;
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2019 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

Sistem registrasi pada saat itu dilaksanakan oleh dua lembaga yang berbeda, yakni Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) untuk Tenaga Medis, dan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI) untuk Tenaga Kesehatan. Meskipun dua lembaga memiliki independensi dan otoritas profesional, sistem ini menimbulkan fragmentasi dalam pelaksanaan registrasi.

Sebelum berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, STR memiliki masa berlaku selama lima tahun dan mengharuskan setiap tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk meregistrasikan ulang dirinya ke Konsil setiap 5 tahun sekali, dan harus membayar biaya registrasi ulang. Selain itu, sistem registrasi KKI dan KTKI pada masa tersebut juga belum terintegrasi secara optimal dengan sistem perizinan praktik tenaga medis dan tenaga kesehatan yang dimiliki oleh Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Karena STR merupakan salah satu syarat utama penerbitan izin praktik, ketidakterpaduan ini mengakibatkan data STR

belum dapat dimanfaatkan secara optimal dalam pemberian Surat Izin Praktik (SIP).

Selain itu, salah satu syarat utama dalam proses registrasi ulang adalah pemenuhan Satuan Kredit Profesi (SKP) dalam jumlah tertentu. Pengelolaan SKP ini selama ini dilakukan oleh Organisasi Profesi masing-masing, serta diverifikasi oleh Kolegium masing-masing yang berada di bawah naungan Organisasi Profesi. Kolegium akan memverifikasi kecukupan SKP dan menerbitkan sertifikat kompetensi atau rekomendasi perpanjangan STR setelah SKP tenaga medis atau tenaga kesehatan tersebut dinilai telah mencukupi. Hal ini menyebabkan proses verifikasi SKP dan penerbitan rekomendasi perpanjangan STR selama ini dilakukan melalui sistem yang berbeda-beda tergantung profesi, dan sangat bergantung pada mekanisme masing-masing organisasi profesi. Kondisi ini tidak hanya menimbulkan ketidakterpaduan sistem, tetapi juga memperbesar potensi konflik kepentingan serta ketergantungan institusional terhadap organisasi profesi, serta menyulitkan pengawasan serta standarisasi di tingkat nasional.

Di sisi lain, sebelum berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, penerbitan SIP mensyaratkan adanya rekomendasi dari organisasi profesi, yang bersifat berbayar. Ketentuan ini memperpanjang proses administratif dan menambah beban biaya bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang ingin berpraktik. Dalam praktiknya, rekomendasi ini juga kerap menjadi kendala. Misalnya, sejumlah laporan menyebutkan adanya penolakan atau penundaan rekomendasi tanpa alasan yang jelas, seperti dialami beberapa dokter di daerah yang harus menunggu berbulan-bulan hanya karena bukan anggota aktif organisasi profesi tertentu. Sejumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan juga mengeluhkan bahwa persyaratan

rekомендasi organisasi profesi ini seringkali diwarnai praktik senioritas dan nepotisme. Kondisi ini tidak hanya menghambat pemenuhan dan pemerataan layanan kesehatan, tetapi juga menciptakan ekosistem layanan kesehatan yang elitis dan tertutup terhadap inovasi.

3. Fragmentasi Kelembagaan Konsil, Kolegium, dan Majelis Disiplin Menghambat Tata Kelola Profesi dan Pelayanan Kesehatan

Sebelum dilakukannya transformasi sistem kesehatan, pengaturan profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Indonesia diselenggarakan oleh dua lembaga regulator (*regulatory body*) yang terpisah, yaitu Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) untuk tenaga medis dan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI) untuk tenaga kesehatan. Kedua lembaga tersebut bersifat independen dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing, dimana:

a. Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)

KKI dibentuk berdasarkan UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. KKI terdiri atas Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi. KKI mempunyai tugas :

- a. melakukan registrasi dokter dan dokter gigi;
- b. mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi; dan
- c. melakukan pembinaan terhadap penyelenggaraan praktik kedokteran yang dilaksanakan bersama lembaga terkait sesuai dengan fungsi masing-masing.

b. Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI)

KTKI dibentuk berdasarkan UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. KTKI terdiri atas Konsil masing-masing Tenaga

Kesehatan yaitu Konsil Psikologi Klinis, Konsil Keperawatan, Konsil Kebidanan, Konsil Kefarmasian, Konsil Kesehatan Masyarakat, Konsil Kesehatan Lingkungan, Konsil Gizi, Konsil Keterapian Fisik, Konsil Keteknisian Medis, Konsil Teknik Biomedika, dan Konsil Kesehatan Tradisional. Dalam menjalankan fungsinya, Konsil Masing-masing Tenaga Kesehatan memiliki tugas:

- a. melakukan registrasi tenaga kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya;
- b. melakukan pembinaan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik tenaga kesehatan;
- c. menyusun Standar Nasional Pendidikan tenaga kesehatan;
- d. menyusun standar praktik dan standar kompetensi tenaga kesehatan; dan
- e. menegakkan disiplin praktik tenaga kesehatan

Kedua lembaga ini, menjalankan mandat strategis dalam menjaga mutu, kompetensi, dan etika Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di bidangnya. Meskipun memiliki tugas yang serupa, KKI dan KTKI menjalankan tugas, fungsi, dan wewenang dengan dasar hukum dan struktur yang berbeda, serta mengelola kelompok profesi yang berbeda pula, sehingga menyebabkan:

- a. kebijakan antar profesi yang tidak selaras, seperti standar profesi dan standar kompetensi;
- b. mekanisme pembinaan profesi yang tidak seragam, terutama dalam menghadapi tantangan pelayanan kesehatan yang bersifat multidisiplin;
- c. mekanisme registrasi yang tidak seragam dan sulit membuat dashboard nasional SDMK yang *real-time* dan akurat memberikan

dampak terhadap perencanaan, distribusi, dan kebijakan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; serta

- d. mekanisme penegakan disiplin profesi bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang tidak seragam, dikarenakan tidak terimplementasinya penegakan disiplin tenaga kesehatan oleh konsil masing-masing tenaga kesehatan sesuai yang telah diamanahkan pada UU No 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

Selain itu, tata kelola kelembagaan Kolegium selama ini juga menghadapi berbagai tantangan, mulai dari eksklusivitas dalam pemilihan ketua dan pengurus, potensi konflik kepentingan akibat keterkaitannya dengan organisasi profesi, hingga minimnya transparansi dalam pelaksanaan fungsi strategis seperti sertifikasi dan uji kompetensi. Sebelum diberlakukannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, baik kolegium tenaga medis maupun tenaga kesehatan berada di bawah naungan organisasi profesi masing-masing. Terpisahnya kelembagaan kolegium tenaga medis dan tenaga kesehatan menyebabkan tidak adanya keseragaman dalam tata kelola, sehingga menyulitkan proses harmonisasi dan standardisasi.

Sebagai ilustrasi, dalam *Kompendium Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Tahun 2017* dijelaskan bahwa Kolegium merupakan badan otonom di lingkungan IDI yang berada di bawah koordinasi Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI). Kolegium memiliki tugas untuk menjaga baku mutu pendidikan profesi kedokteran serta mengelola pendidikan profesi tersebut secara menyeluruh. Selain itu, kolegium juga menjalankan sejumlah fungsi utama, antara lain:

- a. Penyusunan dan pengembangan Standar Nasional Pendidikan Kedokteran yang kemudian akan disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia;
- b. Penyelenggaraan ujian kompetensi nasional;
- c. Penerbitan sertifikat kompetensi profesi nasional (sertifikasi);
- d. Penerbitan sertifikat kualifikasi tambahan;
- e. Memfasilitasi akreditasi pendidikan profesi kedokteran oleh LAM-PT Kes yang dipersiapkan oleh Institusi Pendidikan Dokter Spesialis;
- f. Pembinaan dan pemantauan penyelenggaraan pendidikan di institusi pendidikan;
- g. Menyusun standar kompetensi dan standar pendidikan yang akan kemudian disahkan oleh Konsil;
- h. Merekomendasikan dan mengevaluasi pembukaan institusi pendidikan baru; serta
- i. Menilai kelayakan program studi baru.

Pada masa ketika Kolegium masih berada di bawah naungan Ikatan Dokter Indonesia (IDI), pemilihan Ketua Kolegium dilakukan melalui sidang kolegium atau melalui Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI). Dalam kondisi tertentu, Ketua MKKI dapat menunjuk langsung Ketua Kolegium Disiplin Ilmu (KDI) atau Kolegium Spesialis, selama calon yang ditunjuk memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Sumber pendanaan kolegium berasal dari iuran peserta didik, seperti biaya uji kompetensi, kegiatan pendidikan lainnya, serta bantuan dari pihak ketiga yang bersifat tidak mengikat.

Keberadaan kolegium di bawah organisasi profesi ini telah menimbulkan potensi konflik kepentingan dan persoalan akuntabilitas publik. Salah satu kasus yang menonjol adalah dualisme kelembagaan pada disiplin ilmu radiologi, di mana terjadi perselisihan antara Perhimpunan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia (PDSRI) dan Kolegium Radiologi Indonesia (KRI) dengan Perhimpunan Dokter Spesialis Radiologi

Klinik Indonesia (PDSRKI) dan Kolegium Radiologi Klinik Indonesia (KRKI). Perselisihan ini menimbulkan ketidakjelasan dalam penentuan pihak yang berwenang menerbitkan sertifikat kompetensi dan memberikan rekomendasi untuk penerbitan STR oleh Konsil Kedokteran Indonesia. Akibatnya, saat itu Konsil Kedokteran Indonesia hanya mengakui sertifikat kompetensi dan menerbitkan STR bagi lulusan dari PDSRKI dan KRKI, sehingga merugikan dokter spesialis radiologi yang berada di bawah naungan PDSRI dan KRI. Selain itu, terdapat pula sejumlah pengaduan dari masyarakat terkait kurangnya transparansi dalam penetapan biaya uji kompetensi serta tingginya angka ketidaklulusan peserta uji kompetensi.

Di samping itu, selama ini juga terjadi ketimpangan dalam penegakan disiplin antar profesi. Ketidakterseragaman ini disebabkan oleh belum berfungsinya lembaga Majelis Disiplin yang khusus menangani pelanggaran disiplin tenaga kesehatan. Selama ini, fungsi tersebut hanya berjalan melalui Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) yang fokus pada tenaga medis (dokter dan dokter gigi), sementara tenaga kesehatan lainnya belum memiliki mekanisme penegakan disiplin yang setara dan terstruktur. Akibatnya, terjadi celah dalam sistem pengawasan dan perlindungan terhadap masyarakat maupun tenaga medis dan tenaga kesehatan secara menyeluruh.

Situasi-situasi di atas menegaskan pentingnya kehadiran regulasi yang tegas serta penguatan peran negara dalam mengatur pengakuan serta pengawasan tata kelola Konsil, Kolegium, dan Majelis Disiplin. Melalui penguatan peran pemerintah dan penerapan mekanisme pengawasan yang efektif, diharapkan potensi konflik kepentingan dapat diminimalkan, sekaligus memberikan perlindungan yang lebih kuat bagi masyarakat, tenaga medis dan tenaga kesehatan.

2.5 Analisa Situasi Pembinaan dan Pengawasan SDMK

Pembinaan dan Pengawasan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang efektif merupakan fondasi utama dalam membangun sistem kesehatan yang tangguh, responsif, dan berkelanjutan. Namun demikian, hingga saat ini, Pembinaan dan Pengawasan SDMK di Indonesia masih menghadapi tantangan yang kompleks. Permasalahan utama meliputi lemahnya koordinasi lintas sektor dan lintas jenjang pemerintahan, keterbatasan integrasi sistem informasi SDMK, serta belum optimalnya pemanfaatan data dalam pengambilan keputusan strategis. Fragmentasi kewenangan antara pemerintah pusat dan daerah dalam hal perencanaan, pengangkatan, dan pembinaan tenaga kesehatan juga menyebabkan ketidaksinambungan kebijakan serta ketimpangan distribusi SDMK.

Keterlibatan para pemangku kepentingan—seperti organisasi profesi, kolegium, institusi pendidikan, dan sektor swasta—dalam tata kelola SDMK juga masih belum terstruktur secara optimal. Selain itu, mekanisme pengawasan, akuntabilitas, dan insentif berbasis kinerja belum berjalan secara efektif. Oleh karena itu, reformasi Pembinaan dan Pengawasan SDMK perlu diarahkan pada penguatan regulasi, integrasi sistem informasi dan perencanaan, serta peningkatan transparansi dan akuntabilitas dalam seluruh siklus manajemen SDMK, mulai dari perencanaan, produksi, pendayagunaan, hingga pembinaan berkelanjutan.

Isu Pembinaan dan Pengawasan SDMK di Indonesia juga masih diwarnai oleh tantangan mendasar, hal ini berkaitan erat dengan pemenuhan hak dan kewajiban tenaga kesehatan, baik yang berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN) maupun non-ASN. ASN memegang peran strategis karena mereka menjadi pelaksana utama dalam penyelenggaraan program-program kesehatan di berbagai tingkatan layanan, mulai dari Puskesmas dan rumah sakit hingga dinas kesehatan.

Namun, realitas di lapangan menunjukkan bahwa sistem pengembangan karier bagi SDMK belum sepenuhnya berbasis merit dan kompetensi. Banyak jabatan fungsional masih dikelola secara administratif, tanpa rencana pembinaan karier yang jelas dan terukur. Rendahnya tingkat kesejahteraan, termasuk ketimpangan penghasilan dan tunjangan yang tidak proporsional, memperlemah motivasi serta retensi tenaga kesehatan—terutama di wilayah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK). Data di lapangan menunjukkan adanya variasi signifikan dalam total penghasilan (take home pay) antar dokter spesialis, bahkan di dalam satu provinsi atau antar jenis fasilitas pelayanan kesehatan, baik di instansi pemerintah maupun swasta.

Pembinaan dan Pengawasan SDMK juga masih bersifat sektoral dan terfragmentasi berdasarkan jenis tenaga kesehatan, tanpa adanya integrasi antarkebijakan. Hal ini menyebabkan lemahnya koordinasi lintas profesi dan rendahnya efisiensi dalam manajemen SDMK. Sementara itu, reformasi birokrasi yang sedang berjalan—termasuk penataan ulang jabatan fungsional oleh Kementerian PANRB—memberikan peluang untuk melakukan harmonisasi dan integrasi sistem pengelolaan SDMK yang lebih adaptif terhadap kebutuhan organisasi dan pelayanan kesehatan.

Pengawasan dari dinas kesehatan maupun pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan juga masih belum optimal. Lemahnya pengendalian terhadap implementasi standar hak dan kewajiban tenaga kesehatan, termasuk dalam aspek remunerasi dan pengembangan karier, memperkuat urgensi perlunya penataan ulang tata kelola SDMK secara menyeluruh.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 273, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan berhak mengembangkan diri melalui peningkatan kompetensi, keilmuan, dan

karier di bidang keprofesiannya. Namun, pengembangan karier SDMK saat ini belum sepenuhnya didukung oleh payung hukum yang kuat, khususnya bagi yang berstatus non-ASN.

Di rumah sakit milik pemerintah, tenaga kesehatan non-ASN memiliki status kepegawaian yang beragam, seperti pegawai Badan Layanan Umum (BLU), Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), tenaga kontrak, honorer, dan tenaga harian lepas. Tenaga kesehatan non-ASN di rumah sakit milik pemerintah maupun swasta juga belum memiliki sistem karier yang terstandar dan terstruktur.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, diperlukan SDMK yang profesional. Oleh karena itu, pembinaan dan pengelolaan SDMK harus dilakukan secara menyeluruh dengan memperhatikan kualifikasi, kompetensi, dan kinerja.

Berdasarkan kajian di beberapa rumah sakit pemerintah dan swasta, ditemukan sejumlah permasalahan dalam pengembangan karier tenaga kesehatan Non-ASN, antara lain:

1. Saat ini, regulasi untuk mendukung pengembangan karier tenaga kesehatan Non-ASN masih sangat terbatas. Setiap jenis Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan memerlukan pengaturan yang berbeda dan spesifik, baik berdasarkan kebutuhan profesional masing-masing maupun kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan. Hingga kini, satu-satunya regulasi yang secara eksplisit mengatur pengembangan karier tenaga kesehatan adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Karier Profesional Perawat Klinis. Belum terdapat regulasi serupa bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan Non-ASN lainnya.
2. Saat ini belum tersedia pola dan sistem pengembangan karier tenaga kesehatan Non-ASN yang bersifat terstandar dan

diberlakukan secara nasional oleh Kementerian Kesehatan. Akibatnya, pengembangan karier cenderung bersifat lokal, tidak seragam, dan bergantung pada kebijakan masing-masing institusi.

Sebagai negara kepulauan, Indonesia menghadapi tantangan besar dalam mendistribusikan tenaga medis secara merata. Tenaga medis merupakan elemen kunci dalam sistem kesehatan nasional. Tanpa distribusi yang adil dan jumlah yang memadai, masyarakat di wilayah timur serta daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) akan mengalami kesenjangan akses terhadap layanan kesehatan. Untuk menjawab tantangan tersebut, Kementerian Kesehatan melakukan percepatan pemenuhan tenaga medis, khususnya dokter spesialis dan subspesialis.

Kekurangan dokter spesialis di Indonesia mendorong pemerintah untuk meningkatkan kapasitas produksi melalui pengaturan pengembangan karier Dokter Pendidik Klinis (Dokdiknis) yang setara dengan dosen klinis. Langkah ini bertujuan mempercepat penyediaan dokter spesialis sekaligus meningkatkan kualitas dan pemerataan distribusinya. Namun, pengembangan karier SDMK masih dihadapkan pada kekosongan regulasi terkait pengelolaan karier pendidik klinis, terutama dalam bentuk Jabatan Fungsional (JF) Dokdiknis.

JF Dokdiknis mencakup empat unsur utama, yaitu pelayanan kesehatan, pendidikan klinis, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat. Untuk menjalankan fungsi pendidikan, pendidik klinis diwajibkan memiliki Nomor Induk Dosen Khusus (NIDK). Namun demikian, pengakuan terhadap pendidik klinis belum setara dengan dosen, sehingga menyulitkan JF Dokdiknis untuk mencapai jenjang akademik tertinggi, seperti Profesor. Kurangnya penghargaan terhadap peran pendidikan klinis

dan belum optimalnya sistem pengembangan karier bagi JF Dokdiknis memperkuat urgensi revisi regulasi PermenPAN-RB terkait jabatan ini.

Sejalan dengan amanat Undang-Undang ASN Nomor 20 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 sebagaimana diubah dalam PP Nomor 17 Tahun 2020, pengembangan talenta dan karier ASN dilakukan dengan mempertimbangkan kualifikasi, kompetensi, kinerja, dan kebutuhan instansi. Dalam hal ini, Kementerian Kesehatan sebagai instansi pembina 30 jenis JFK bertugas menyusun standar kompetensi jabatan, namun terdapat beberapa kendala:

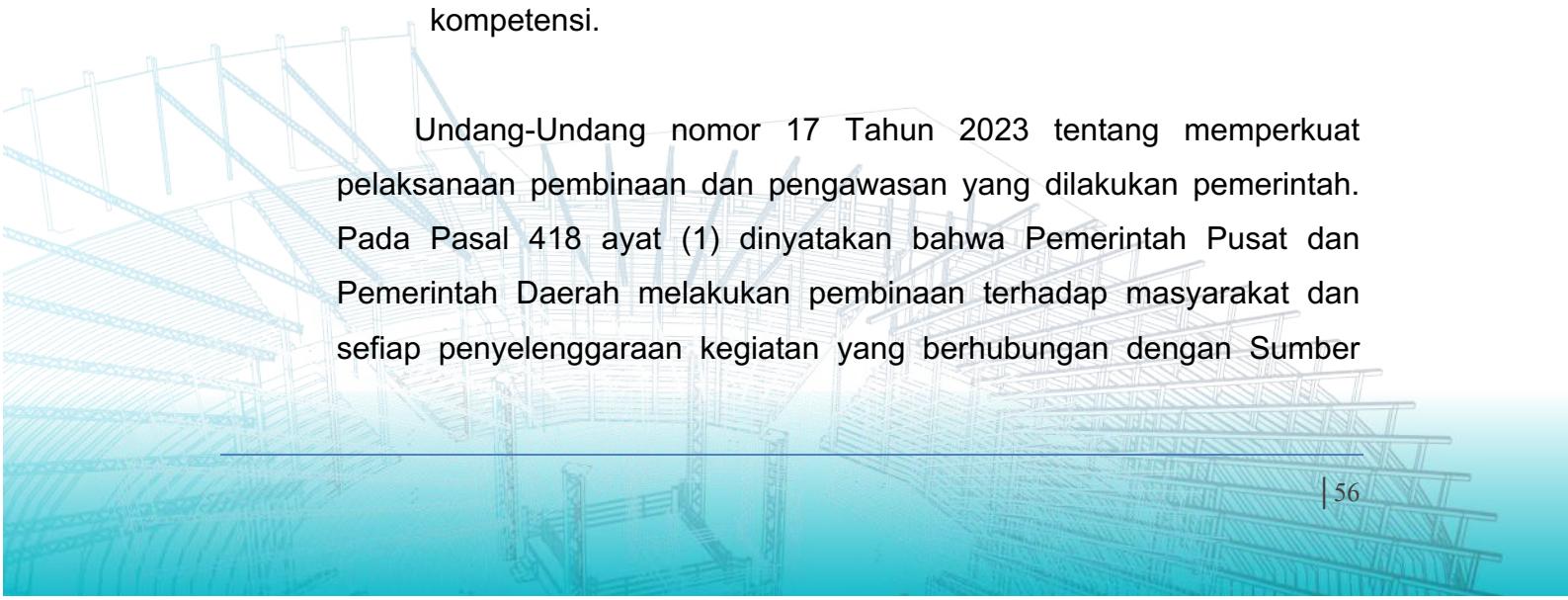
1. Variasi jumlah dan jenis JFK yang memiliki karakteristik, ruang lingkup kerja, dan rumah jabatan berbeda;
2. Belum adanya PermenPAN JFK terbaru sebagai dasar hukum karena PermenPAN-RB Nomor 1 Tahun 2023 mencabut regulasi sebelumnya namun penggantinya belum ditetapkan;
3. Penyesuaian jenjang dan kualifikasi pendidikan yang belum selesai;
4. Perubahan nomenklatur jabatan fungsional.

Selain itu, PermenPAN-RB Nomor 6 Tahun 2022 mewajibkan pengelolaan kinerja berbasis output. Namun, terdapat permasalahan:

1. Belum ada pengaturan indikator mandatory JFK;
2. Belum optimalnya pemahaman instansi terhadap manajemen kinerja berbasis output;
3. Banyaknya jenis JFK dan rumah jabatan yang beragam; (4) Belum tersedianya standar hasil kerja per jabatan.

Pasal 46 ayat (1) UU ASN Nomor 20 Tahun 2023 juga menyatakan bahwa pengembangan karier harus mempertimbangkan kebutuhan instansi. Namun, penyusunan formasi JFK masih menghadapi tantangan, yaitu:

1. Belum adanya regulasi pedoman bagi instansi pengguna dalam pengusulan formasi dan pemberian rekomendasi jenjang tertinggi;
2. Belum tersedia pedoman baku nasional untuk perhitungan beban kerja;
3. Pelaksanaan analisis jabatan dan beban kerja belum optimal;
4. Tidak sinkronnya pemetaan jabatan dengan roadmap transformasi kesehatan nasional. Kompetensi ASN mencakup aspek teknis, manajerial, dan sosial-kultural yang menjadi dasar dalam pengembangan karier. Maka, uji kompetensi jabatan fungsional diperlukan karena sifat pekerjaan yang kompleks dan terspesialisasi. Sejak 2018, uji kompetensi dilakukan secara manual dengan dasar pelaksanaan Permenkes No 18 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Uji Kompetensi Jabatan Fungsional Kesehatan, terdapat berbagai kendala: (1) Belum terstandarnya pelaksanaan uji kompetensi; (2) Belum semua instansi pengguna JFK mampu melaksanakan uji kompetensi; (3) Rendahnya pemahaman instansi terhadap manfaat uji kompetensi; (4) Belum tersedianya standar kompetensi jabatan yang komprehensif; (5) Minimnya evaluasi berbasis hasil uji; (6) Belum adanya skema pembinaan pasca-uji; (7) belum terstandarnya waktu tunggu terbitnya sertifikat kompetensi JFK pasca pelaksanaan uji kompetensi.



Undang-Undang nomor 17 Tahun 2023 tentang memperkuat pelaksanaan pembinaan dan pengawasan yang dilakukan pemerintah. Pada Pasal 418 ayat (1) dinyatakan bahwa Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah melakukan pembinaan terhadap masyarakat dan siap penyelenggaraan kegiatan yang berhubungan dengan Sumber

Daya Kesehatan dan Upaya Kesehatan; Sementara Pengawasan disebutkan dalam Pasal 421, yaitu pemerintah pusat dan pemerintah daerah melakukan pengawasan terhadap setiap penyelenggaraan kesehatan. Lingkup pengawasan yang dimaksud yaitu:

- a. Ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan termasuk pelaksanaan norma, standar, prosedur dan kriteria yang ditetapkan pemerintah pusat.
- b. Ketaatan terhadap standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika dan disiplin profesi.
- c. Dampak pelayanan kesehatan oleh nakes dan named.
- d. Evaluasi penilaian kepuasan masyarakat.
- e. Akuntabilitas dan kelayakan penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan.
- f. Objek pengawasan yang disesuaikan dengan kebutuhan.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan kesehatan. Pelaksanaan tugas ini harus dilakukan secara terkoordinasi dan berkesinambungan sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing. Tujuan utama dari pembinaan dan pengawasan ini adalah untuk memastikan bahwa hak dan kewajiban Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) dapat terlaksana secara optimal. Selain itu, pembinaan dan pengawasan juga bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, melindungi masyarakat dari risiko yang dapat membahayakan kesehatan, serta menjamin bahwa seluruh kegiatan penyelenggaraan kesehatan dijalankan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Namun demikian, pelaksanaan pembinaan dan pengawasan terhadap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan hingga saat ini masih belum berjalan secara optimal. Pembinaan seharusnya dilaksanakan melalui: a. komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat; b. sosialisasi dan advokasi; c. penguatan kapasitas dan bimbingan teknis; d. konsultasi; dan/atau e. pendidikan dan pelatihan. Pengawasan dilaksanakan melalui a. pemantauan dan evaluasi; b. pemeriksaan; c. reviu atau audit; dan d. bentuk pengawasan lainnya.

Berbeda dengan ketentuan dalam Undang-Undang sebelumnya yang hanya berfokus pada mutu, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan memperluas ruang lingkup pembinaan dan pengawasan hingga mencakup seluruh tahapan pengelolaan SDMK, mulai dari perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, peningkatan mutu, hingga kesejahteraan.

Dalam implementasinya, pelaksanaan pembinaan dan pengawasan masih menghadapi hambatan, salah satunya adalah belum tersedianya instrumen atau alat ukur yang dapat dijadikan acuan pelaksanaan di lapangan. Untuk menjawab tantangan tersebut, Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Pembinaan dan Pengawasan SDMK menyusun instrumen pengawasan SDMK sebagai bagian dari upaya memperkuat fungsi pengawasan dan penyidikan terhadap pelaksanaan kebijakan tenaga kesehatan.

Sebagai bagian dari proses pengembangan instrumen tersebut, Kementerian Kesehatan melakukan uji coba pada tahun 2024 dengan melibatkan 162 dari 514 pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota, serta 594 rumah sakit yang mencakup RS Kementerian/Lembaga, RS Khusus, RS Swasta, RSUD, dan UPT Vertikal Kemenkes. Hasil uji coba

menunjukkan masih banyak tantangan dalam pelaksanaan pembinaan dan pengawasan SDMK, antara lain:

- a. Pemerintah daerah provinsi/kab/kota masih ada yang belum memiliki regulasi tentang binwas SDMK. Sejumlah 40% dinkes kab/kota dari 167 kab/kota yang mengisi Tantangan dalam Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan, 44% dinas provinsi menyatakan hal yang sama.
- b. masih rendahnya pengawasan pada TKWNA. Sebanyak 66% dinkes Kab/kota menyatakan tidak melakukan pengawasan terhadap TKWNA yang bekerja di wilayahnya.
- c. rendahnya pengawasan terhadap pemberian kesejahteraan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Sebanyak 40% dinkes Kab/kota menyatakan tidak mempunyai regulasi tentang pengawasan kesejahteraan bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan dilakukan juga terhadap hak dan kewajiban bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan. Tenaga Medis dan Tenaga kesehatan memiliki peran penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat. Namun tenaga kesehatan sering mengalami permasalahan hukum dalam menjalankan tugasnya antara lain : a. menghadapi tuntutan dari pasien/keluarga pasien; b. mengalami tindakan kekerasan fisik dan pelecehan seksual saat bertugas; c. mengalami persekusi dari warga/keluarga korban; d. mengalami diskriminasi dan stigma karena tugas; e. dalam melaksanakan tugas pelayanannya tenaga kesehatan sering menjadi tersangka kasus hukum, namun lembaga bantuan hukum yang khusus mengatur tentang pengaduan kesehatan belum ada.

Sengketa antara tenaga kesehatan dengan masyarakat sering terjadi karena : a. ketidakpuasan pesien terhadap proses atau hasil pelayanan pengobatan atau pelayanan medis oleh tenaga kesehatan dan atau rumah sakit; b. ketidakpuasan pasien terhadap penyelesaian sengketa yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan atau rumah sakit; 3. belum adanya peraturan perundang-undangan yang secara khusus mengatur secara khusus tentang perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan.

Tahun 2022 dan 2023 Direktorat Pembinaan dan Pengawasan SDMK melakukan survey terhadap 72.477 responden tenaga kesehatan Non-ASN menunjukkan bahwa sebagian besar responden, yakni sekitar 35 persen, menerima upah di bawah Rp1.000.000. Sebanyak 50 persen menerima upah antara Rp1.000.000 hingga Rp3.000.000, 12 persen menerima antara Rp3.000.000 hingga Rp5.000.000, dua persen menerima antara Rp6.000.000 hingga Rp10.000.000, dan hanya satu persen yang menerima lebih dari Rp10.000.000. Selain itu, sebanyak 60 persen responden menyatakan menerima tunjangan hari raya keagamaan, sementara 40 persen tidak menerima. Dalam hal jasa pelayanan, sebanyak 71 persen responden menyatakan menerima jasa tersebut, sedangkan 29 persen lainnya tidak.

Sementara itu, hasil penelitian yang dilakukan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) terhadap 5.143 responden pada tahun 2022 memperkuat temuan tersebut. Sebanyak 71 persen perawat dilaporkan menerima upah di bawah UMR, 24 persen menerima upah sesuai UMR, dan hanya 4,4 persen yang menerima di atas UMR. Secara lebih rinci, sebesar 36,9 persen perawat menerima upah di bawah Rp1 juta, 29,6 persen menerima antara Rp1 juta hingga Rp2 juta, 18,3 persen antara Rp2 juta hingga Rp3 juta, dan 9,2 persen antara Rp3 juta hingga Rp4 juta.

Hanya sebagian kecil, yakni 0,3 persen, yang menerima upah antara Rp 6 juta hingga Rp7 juta.

Survey juga dilakukan terhadap pendapatan jasa pelayanan tenaga medis khususnya dokter spesialis di non daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan (Non DTPK) dan daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan (DTPK). Dari hasil survey yang dilakukan didapat bahwa jasa pelayanan dokter spesialis di DTPK lebih kecil daripada jasa pelayanan dokter spesialis di Non DTPK. Hal ini menyebabkan perlunya pemberian tunjangan khusus bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang saat ini diprioritaskan untuk dokter spesialis di DTPK.

Hak tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya adalah mendapatkan pelindungan keamanan dan keselamatan dalam menjalankan tugas di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, termasuk daerah terpencil, daerah sangat terpencil, daerah rawan konflik, dan daerah konflik serta daerah bermasalah Kesehatan.

Pelindungan keamanan dan keselamatan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan di DTPK, termasuk daerah terpencil, daerah sangat terpencil, daerah rawan konflik dan daerah konflik serta daerah bermasalah kesehatan bukan sesuatu yang mudah dilakukan. Daerah rawan konflik memiliki situasi keamanan yang tidak stabil, berisiko tinggi terhadap terjadinya kekerasan, ancaman, serta tekanan psikologis. Desakan jaminan keamanan dan keselamatan, khususnya terhadap tenaga medis dan tenaga kesehatan di DTPK, termasuk Daerah Terpencil, Daerah Sangat Terpencil, Daerah Rawan Konflik Dan Daerah Konflik Serta Daerah Bermasalah Kesehatan dipicu oleh beberapa peristiwa yang dilaporkan ke Direktorat Pembinaan dan Pengawasan SDMK.

Beberapa kasus-kasus yang dilaporkan menggambarkan bahwa pelindungan keamanan dan keselamatan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan terutama di daerah rawan konflik belum optimal dilaksanakan baik oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Artinya, hak tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik di daerah Di DTPK, termasuk Daerah Terpencil, Daerah Sangat Terpencil, Daerah Rawan Konflik Dan Daerah Konflik Serta Daerah Bermasalah Kesehatan belum terpenuhi secara utuh.

Dengan demikian, pembinaan dan pengawasan SDMK di Indonesia saat ini masih menghadapi tantangan struktural, regulatif, dan implementatif yang kompleks. Hal ini perlu segera direspon melalui langkah-langkah kebijakan yang terarah, terintegrasi, dan selaras dengan agenda transformasi sistem kesehatan nasional.

3. PETA JALAN PENGELOLAAN SDMK

3.1 Peta Jalan Perencanaan SDMK

Sesuai dengan UU No 17/2023 tentang Kesehatan dan PP No 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU No 17/2023 tentang Kesehatan, mengamanahkan bahwa penyusunan perencanaan sebagai dasar untuk memenuhi kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Pemenuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan untuk menjamin ketersediaan dan kualitas Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dari sisi jumlah, jenis, distribusi serta kualifikasi dan kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

Perhitungan kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagai bagian dari proses penyusunan perencanaan dilakukan melalui 2 (dua) pendekatan, yaitu perencanaan dari bawah melalui pendekatan institusi (*bottom up*) oleh Pemerintah Daerah dan fasilitas pelayanan kesehatan serta perencanaan dari atas melalui pendekatan wilayah (*top down*) oleh Pemerintah Pusat.

3.1.1. Perencanaan dengan Pendekatan Wilayah

Berdasarkan kelemahan dalam metode perhitungan kebutuhan SDMK yang sebelumnya hanya menggunakan pendekatan wilayah, sejak tahun 2023 perhitungan kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan telah disempurnakan dengan mengacu pada *best practice* dari berbagai negara, seperti Australia, Inggris (UK), Amerika Serikat, dan negara-negara ASEAN. Proyeksi kebutuhan tidak lagi hanya menggunakan pendekatan *supply-demand*, tetapi disusun secara komprehensif mulai

dari tingkat nasional hingga ke tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Pendekatan ini memungkinkan pemetaan yang lebih akurat terhadap permasalahan kekurangan tenaga medis dan tenaga kesehatan, tidak hanya dari sisi jenis, jumlah tetapi juga dari aspek distribusi.

Hal ini sesuai dengan amanah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa perencanaan SDMK merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Perencanaan kebutuhan dengan metode *supply-demand* diarahkan untuk menjawab tantangan pengembangan SDMK dan bertujuan untuk mengintegrasikannya ke dalam sistem pengelolaan SDMK secara menyeluruh berdasarkan bukti epidemiologis. Metode ini juga menggambarkan estimasi kebutuhan jangka panjang berdasarkan beban *demand* dan *need* yang mempertimbangkan beban epidemiologi masing-masing wilayah.

Perhitungan *supply-demand* diproyeksikan untuk periode 10 tahun, yakni dari 2023 hingga 2032. Meskipun demikian, perhitungan ini dapat direviu dan disesuaikan secara berkala setiap tahun apabila terdapat perubahan kebijakan, pengembangan layanan, atau faktor strategis lainnya. Proyeksi ini bukan merupakan target jangka panjang yang kaku, melainkan alat bantu untuk mengidentifikasi intervensi yang diperlukan guna memastikan terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan. Hasil perhitungan ini juga menjadi bahan pertimbangan dalam kebijakan pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan, termasuk dalam penetapan kuota pendidikan, pendirian program studi, penerbitan SIP, serta pengaturan distribusi dan redistribusi tenaga kesehatan.

Hasil perhitungan *demand* juga mendukung pendirian pendidikan berbasis rumah sakit (*hospital-based*) bagi dokter spesialis. Peserta didik diprioritaskan berasal dari kabupaten/kota yang belum memiliki dokter

spesialis. Penambahan kuota dan pengembangan program studi pun diarahkan ke daerah yang kekurangan tenaga. Prioritas serupa juga diterapkan dalam pemberian beasiswa. Sementara itu, untuk tenaga kesehatan yang mengalami surplus, seperti perawat, dapat diarahkan pada pengembangan program studi kelas internasional untuk penempatan di luar negeri.

Di negara-negara lain, pemenuhan SDMK dilakukan melalui strategi peningkatan akses pendidikan, beasiswa, penempatan di daerah rural, peningkatan kualitas institusi pendidikan, serta investasi dalam sistem dan teknologi kesehatan. Upaya-upaya tersebut telah diadopsi dan disesuaikan di Indonesia melalui penyediaan beasiswa, penugasan khusus ke daerah, peningkatan kompetensi melalui pelatihan, serta pengembangan sistem informasi SDMK yang terintegrasi dalam platform SATU SEHAT SDMK.

Hingga saat ini, perhitungan dengan metode *supply-demand* telah mencakup 48 jenis tenaga medis—terdiri dari 37 dokter spesialis, 9 dokter gigi spesialis, dokter umum, dan dokter gigi—serta 29 jenis tenaga kesehatan lainnya. Adapun rincian proyeksi kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan dapat dilihat pada tabel berikut:

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

Sebagai gambaran berikut adalah proyeksi kebutuhan, Ketersediaan dan GAP Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan:

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
1	DOKTER UMUM	Kebutuhan	196494	200823	205219	209682	214217	218824	223503	228257	233082	237983
		Ketersediaan	152016	161736	171310	180740	190029	199179	208191	217068	225812	234425
		Gap	44478	39087	33909	28942	24188	19645	15312	11189	7270	3558
2	DOKTER GIGI	Kebutuhan	52587	53180	53753	54318	54866	55403	55920	56425	56915	57389
		Ketersediaan	39318	41428	43424	45554	47571	49557	51514	53441	55339	57209
		Gap	13269	11752	10329	8764	7295	5846	4406	2984	1576	180
3	SPESIALIS ANAK	Kebutuhan	4687	4917	5162	5416	5685	5971	6280	6608	6954	7336
		Ketersediaan	3627	3853	4075	4294	4510	4722	4931	5137	5340	5540
		Gap	1060	1064	1087	1122	1175	1249	1349	1471	1614	1796
4	SPESIALIS OBGYN	Kebutuhan	4434	4548	4663	4778	4891	5006	5118	5230	5345	5456
		Ketersediaan	4792	4960	5126	5289	5450	5608	5764	5918	6069	6218

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
		Gap	+358	+412	+463	+511	+559	+602	+646	+688	+724	+762
5	SPESIALIS PENYAKIT DALAM	Kebutuhan	5907	6345	6812	7312	7844	840	9015	9665	10356	11089
		Ketersediaan	4552	4860	5201	5579	5997	6462	6977	7548	8182	8885
		Gap	1355	1485	1611	1733	1847	1947	2038	2117	2174	2204
6	SPESIALIS BEDAH	Kebutuhan	5254	5667	6110	6589	7108	7668	8276	8936	9642	10407
		Ketersediaan	3127	3336	3542	3745	3945	4142	4336	4527	4715	4900
		Gap	2127	2331	2568	2844	3163	3526	3940	4409	4927	5507
7	SPESIALIS ANESTESI	Kebutuhan	4334	4626	4944	5287	5658	6067	6509	6991	7508	8084
		Ketersediaan	3311	3533	3752	3968	4180	4389	4595	4798	4998	5195
		Gap	1023	1093	1192	1319	1478	1678	1914	2193	2510	2889
8	SPESIALIS RADIOLOGI	Kebutuhan	3465	3735	4023	4336	4677	5044	5441	5871	6333	6833
		Ketersediaan	2050	2173	2310	2445	2578	2709	2838	2965	3091	3215
		Gap	1415	1562	1713	1891	2099	2335	2603	2906	3242	3618

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
9	SPESIALIS PATOLOGI KLINIK	Kebutuhan	3005	3238	3489	3760	4051	4369	4712	5078	5478	5910
		Ketersediaan	1922	2049	2174	2297	2419	2539	2657	2773	2887	3000
		Gap	1083	1189	1315	1463	1632	1830	2055	2305	2591	2910
10	SPESIALIS JANTUNG PEMBULU DARAH	Kebutuhan	6041	6264	6512	6787	7539	7869	8391	9026	9708	10592
		Ketersediaan	1745	1929	2110	2288	2464	2637	2807	2975	3140	3303
		Gap	4296	4335	4402	4499	5075	5232	5584	6051	6568	7289
11	SPESIALIS ONKOLOGI RADIASI	Kebutuhan	343	345	348	353	361	369	371	374	380	384
		Ketersediaan	151	162	173	184	195	212	235	258	281	304
		Gap	192	183	175	169	166	157	136	116	99	80
12	SPESIALIS NEUROLOGI	Kebutuhan	2741	2809	2891	2993	3207	3339	3507	3722	3949	4245
		Ketersediaan	2425	2599	2770	2938	3104	3267	3428	3587	3743	3897

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
		Gap	316	210	121	55	103	72	79	135	206	348
13	SPESIALIS UROLOGI	Kebutuhan	1045	1099	1161	1228	1301	1377	1461	1550	1647	1758
		Ketersediaan	635	677	719	760	801	841	880	919	957	995
		Gap	410	422	442	468	500	536	581	631	690	763
14	SPESIALIS PSIKIATRI	Kebutuhan	3354	3562	3783	4024	4281	4558	4855	5176	5520	5896
		Ketersediaan	1349	1497	1643	1786	1927	2066	2203	2338	2471	2602
		Gap	2005	2065	2140	2238	2354	2492	2652	2838	3049	3294
15	SPESIALIS BTKV	Kebutuhan	1345	1369	1392	1417	1443	1457	1455	1480	1506	1532
		Ketersediaan	190	203	216	229	242	254	266	278	290	302
		Gap	1155	1166	1176	1188	1201	1203	1189	1202	1216	1230
16	SPESIALIS PATOLOGI	Kebutuhan	2098	2265	2442	2632	2838	3062	3302	3561	3842	4143
		Ketersediaan	788	845	904	962	1020	1077	1133	1188	1242	1295

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
	ANATOMIK	Gap	1310	1420	1538	1670	1818	1985	2169	2373	2600	2848
17	SPESIALIS PULMONOLOGI	Kebutuhan	2563	2717	2878	3047	3227	3416	3616	3831	4058	4300
		Ketersediaan	1518	1663	1806	1947	2086	2223	2358	2491	2622	2751
		Gap	1045	1054	1072	1100	1141	1193	1258	1340	1436	1549
18	SPESIALIS THT	Kebutuhan	2040	2119	2200	2284	2371	2461	2555	2651	2751	2858
		Ketersediaan	1931	2077	2231	2393	2562	2739	2923	3114	3312	3517
		Gap	109	42	+31	+109	+191	+278	+368	+463	+561	+659
19	SPESIALIS BEDAH ANAK	Kebutuhan	853	892	932	972	1017	1064	1113	1162	1216	1277
		Ketersediaan	157	177	196	215	234	252	270	288	306	323
		Gap	696	715	736	757	783	812	843	874	910	954
20	SPESIALIS KEDOKTERAN	Kebutuhan	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108
		Ketersediaan	58	62	66	70	74	78	82	86	90	94

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
	NUKLIR	Gap	41	38	35	32	29	26	23	20	17	14
21	SPESIALIS BEDAH SARAF	Kebutuhan	834	852	874	903	966	1002	1050	1111	1175	1259
		Ketersediaan	500	546	592	637	681	725	768	810	852	893
		Gap	334	306	282	266	285	277	282	301	323	366
22	SPESIALIS FORENSIK	Kebutuhan	1951	1971	1991	2010	2029	2047	2065	2082	2098	2114
		Ketersediaan	280	318	355	392	428	463	498	533	567	600
		Gap	1671	1653	1636	1619	1601	1584	1567	1549	1531	1514
23	SPESIALIS MATA	Kebutuhan	3075	3104	3135	3164	3199	3231	3261	3297	3327	3358
		Ketersediaan	2427	2567	2704	2839	2972	3103	3232	3360	3486	3610
		Gap	648	537	431	325	227	128	29	+63	+159	+252
24	SPESIALIS ORTHOPAEDI	Kebutuhan	2730	2804	2880	2956	3032	3108	3189	3272	3355	3439
		Ketersediaan	1395	1482	1610	1736	1860	1982	2102	2220	2337	2452

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
		Gap	1335	1322	1270	1220	1172	1126	1087	1052	1018	987
25	SPESIALIS GIZI KLINIS	Kebutuhan	1344	1443	1554	1673	1802	1940	2090	2254	2427	2614
		Ketersediaan	418	462	505	547	589	650	710	769	827	885
		Gap	926	981	1049	1126	1213	1290	1380	1485	1600	1729
26	SPESIALIS KEDOKTERAN FISIK DAN REHABILITASI MEDIK	Kebutuhan	1383	1489	1605	1728	1860	2005	2161	2329	2509	2703
		Ketersediaan	1094	1172	1248	1323	1397	1470	1542	1613	1683	1752
		Gap	289	317	357	405	463	535	619	716	826	951
27	SPESIALIS PARASITOLOGI KLINIS	Kebutuhan	460	492	528	565	604	649	697	748	802	860
		Ketersediaan	39	44	49	54	59	64	69	74	79	84
		Gap	421	448	479	511	545	585	628	674	723	776
28	SPESIALIS MIKROBIOLOGI	Kebutuhan	1252	1347	1451	1562	1681	1808	1949	2100	2260	2438
		Ketersediaan	334	407	479	550	620	689	757	824	890	955

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
	KLINIK	Gap	918	940	972	1012	1061	1119	1192	1276	1370	1483
29	SPESIALIS KKLP	Kebutuhan	14771	14925	15075	15222	15364	15501	15635	15764	15888	16009
		Ketersediaan	592	583	574	566	557	629	699	769	837	905
		Gap	14179	14342	14501	14656	14806	14873	14935	14995	15051	15104
30	SPESIALIS BEDAH PLASTIK	Kebutuhan	521	528	539	548	555	566	576	583	591	604
		Ketersediaan	309	354	399	443	486	529	571	623	673	723
		Gap	212	174	140	105	69	37	5	+39	+82	+119
31	SPESIALIS EMERGENSI MEDICINE	Kebutuhan	1003	1014	1024	1034	1044	1053	1062	1071	1079	1087
		Ketersediaan	76	79	82	84	87	90	93	95	98	100
		Gap	927	935	942	950	957	963	969	976	981	987
32	SPESIALIS FARMAKOLOGI	Kebutuhan	1951	1971	1991	2010	2029	2047	2065	2082	2098	2114
		Ketersediaan	76	87	98	108	118	129	139	149	158	168

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
	KLINIK	Gap	1875	1884	1894	1902	1911	1919	1926	1933	1940	1946
33	SPESIALIS KEDOKTERAN KELAUTAN	Kebutuhan	279	282	284	287	290	292	295	297	300	302
		Ketersediaan	45	45	45	45	63	81	99	117	135	153
		Gap	234	237	239	242	227	211	196	180	165	149
34	SPESIALIS KEDOKTERAN OKUPASI	Kebutuhan	1115	1126	1138	1149	1160	1170	1180	1190	1199	1208
		Ketersediaan	160	178	195	212	229	245	262	278	294	309
		Gap	955	949	943	937	931	925	918	912	905	899
35	SPESIALIS KEDOKTERAN OLAHRAGA	Kebutuhan	451	465	480	495	511	527	544	562	580	599
		Ketersediaan	100	109	117	125	133	141	149	157	165	172
		Gap	351	356	363	370	377	386	395	405	416	427
36	SPESIALIS KEDOKTERAN	Kebutuhan	300	310	313	316	319	322	324	327	330	332
		Ketersediaan	59	68	77	86	95	103	112	120	128	136

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
	PENERBANGAN	Gap	241	242	236	230	224	219	213	207	202	196
37	SPESIALIS AKUPUNKTUR	Kebutuhan	1368	1382	1395	1408	1423	1437	1453	1466	1479	1495
		Ketersediaan	158	172	185	198	211	224	237	249	261	274
		Gap	1210	1210	1210	1210	1212	1213	1216	1217	1218	1221
38	SPESIALIS ANDROLOGI	Kebutuhan	254	268	282	298	316	334	354	376	399	426
		Ketersediaan	79	88	97	106	114	122	130	138	146	154
		Gap	175	180	185	192	202	212	224	238	253	272
39	SPESIALIS DERMATOLOGI	Kebutuhan	2988	3157	3334	3525	3733	3955	4197	4457	4734	5039
		Ketersediaan	2235	2339	2442	2543	2643	2741	2838	2933	3027	3120
		Gap	753	818	892	982	1090	1214	1359	1524	1707	1919
40	SPESIALIS GIGI ANAK	Kebutuhan	1699	1831	1972	2126	2290	2466	2659	2866	3090	3331
		Ketersediaan	731	783	834	884	934	983	1031	1079	1126	1172

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
		Gap	968	1048	1138	1242	1356	1483	1628	1787	1964	2159
41	SPESIALIS PATOLOGI MULUT	Kebutuhan	136	142	150	158	166	175	185	195	205	217
		Ketersediaan	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
		Gap	124	130	138	146	154	163	173	183	193	205
42	SPESIALIS PENYAKIT MULUT	Kebutuhan	569	611	655	703	754	807	865	927	996	1068
		Ketersediaan	206	225	244	262	280	298	316	333	350	367
		Gap	363	386	411	441	474	509	549	594	646	701
43	SPESIALIS PERIODONIA	Kebutuhan	1484	1598	1721	1850	1994	2146	2312	2492	2686	2895
		Ketersediaan	619	688	756	823	889	954	1018	1081	1143	1204
		Gap	865	910	965	1027	1105	1192	1294	1411	1543	1691
44	SPESIALIS PROSTODONIA	Kebutuhan	1103	1189	1280	1377	1480	1593	1713	1845	1986	2138
		Ketersediaan	572	614	656	697	738	778	817	856	894	932

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
		Gap	531	575	624	680	742	815	896	989	1092	1206
45	SPESIALIS RADIOLOGI KEDOKTERAN GIGI	Kebutuhan	882	947	1015	1088	1168	1254	1345	1444	1554	1672
		Ketersediaan	84	105	125	145	165	185	204	223	242	260
		Gap	798	842	890	943	1003	1069	1141	1221	1312	1412
46	SPESIALIS BEDAH MULUT	Kebutuhan	983	1059	1138	1224	1316	1416	1524	1641	1766	1901
		Ketersediaan	662	712	761	810	858	905	951	997	1042	1086
		Gap	321	347	377	414	458	511	573	644	724	815
47	SPESIALIS KONSERVASI GIGI	Kebutuhan	2800	3017	3253	3506	3779	4074	4395	4741	5113	5517
		Ketersediaan	1287	1368	1447	1525	1602	1678	1753	1827	1900	1971
		Gap	1513	1649	1806	1981	2177	2396	2642	2914	3213	3546
48	SPESIALIS ODONTOLOGI	Kebutuhan	65	67	69	71	73	75	77	79	81	84
		Ketersediaan	22	25	28	31	34	36	38	40	42	44

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
	FORENSIK	Gap	43	42	41	40	39	39	39	39	39	40
49	PERAWAT	Kebutuhan	582.987	589.829	596.547	603.117	609.536	615.806	621.910	627.842	633.611	639.220
		Ketersediaan	574.225	592.127	609.403	626.074	642.161	657.685	672.666	687.123	701.074	714.536
		Gap	8.762	+2298	+12856	+22957	+32625	+41879	+50756	+59281	+67463	+75316
50	BIDAN	Kebutuhan	549.238	558.005	566.699	575.295	583.789	592.181	600.466	608.616	616.655	624.572
		Ketersediaan	331.786	351.673	370.864	389.384	407.256	424.502	441.144	457.204	472.702	487.657
		Gap	217.452	206.332	195.835	185.911	176.533	167.679	159.322	151.412	143.953	136.915
51	APOTEKER	Kebutuhan	243.730	246.725	249.654	252.527	255.341	258.104	260.792	263.422	265.987	268.485
		Ketersediaan	88.885	103.702	118.297	132.672	146.831	160.778	174.516	188.048	201.377	214.506

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
		Gap	154.845	143.023	131.357	119.855	108.510	97.326	86.276	75.374	64.610	53.979
52	TTLM	Kebutuhan	142.299	143.606	144.878	146.119	147.320	148.489	149.624	150.718	151.775	152.794
		Ketersediaan	57.313	64.338	71.258	78.074	84.788	91.401	97.915	104.331	110.651	116.876
		Gap	84.986	79.268	73.620	68.045	62.532	57.088	51.709	46.387	41.124	35.918
53	PROMKES	Kebutuhan	28.895	29.210	29.515	29.814	30.105	30.384	30.657	30.925	31.178	31.427
		Ketersediaan	14.485	18.619	22.739	26.846	30.940	35.021	39.089	43.144	47.186	51.215
		Gap	14.410	10.591	6.776	2.968	+835	+4637	+8432	+12219	+16008	+19788
54	TSL	Kebutuhan	66.467	67.268	67.765	68.246	68.715	69.176	69.625	70.051	70.468	70.870
		Ketersediaan	23.291	25.811	28.316	30.806	33.281	35.741	38.187	40.618	43.034	45.436

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
		Gap	43.176	41.457	39.449	37.440	35.434	33.435	31.438	29.433	27.434	25.434
55	PSIKOLOG KLINIS	Kebutuhan	9.947	10.202	10.459	10.723	10.984	11.246	11.505	11.764	12.025	12.279
		Ketersediaan	3.353	3.594	3.846	4.108	4.382	4.668	4.967	5.280	5.606	5.947
		Gap	6.594	6.608	6.613	6.615	6.602	6.578	6.538	6.484	6.419	6.332
56	EPIDEMIOLOG KESEHATAN	Kebutuhan	32.078	32.607	33.142	33.695	34.259	34.830	35.415	36.011	36.618	37.238
		Ketersediaan	9.809	10.362	10.906	11.443	11.971	12.492	13.004	13.509	14.007	14.496
		Gap	22.269	22.245	22.236	22.252	22.288	22.338	22.411	22.502	22.611	22.742
57	FISIOTERAPIS	Kebutuhan	34.114	36.601	39.296	42.223	45.417	48.901	52.697	56.839	61.310	66.258
		Ketersediaan	20.910	22.596	24.257	25.893	27.505	29.092	30.656	32.196	33.713	35.207

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
		Gap	13.204	14.005	15.039	16.330	17.912	19.809	22.041	24.643	27.597	31.051
58	OPTOMETRIS	Kebutuhan	12.355	12.905	13.422	13.958	14.518	15.099	15.700	16.336	16.985	17.660
		Ketersediaan	6.636	7.257	7.870	8.473	9.066	9.651	10.228	10.795	11.354	11.905
		Gap	5.719	5.648	5.552	5.485	5.452	5.448	5.472	5.541	5.631	5.755
59	PENATA ANESTESI	Kebutuhan	9.892	10.566	11.301	12.101	12.974	13.927	14.962	16.092	17.308	18.662
		Ketersediaan	3.240	3.736	4.225	4.707	5.181	5.648	6.108	6.561	7.008	7.448
		Gap	6.652	6.830	7.076	7.394	7.793	8.279	8.854	9.531	10.300	11.214
60	TERAPIS OKUPASIONAL	Kebutuhan	3.281	3.503	3.746	4.008	4.296	4.605	4.942	5.314	5.714	6.159
		Ketersediaan	1.187	1.469	1.747	2.021	2.291	2.557	2.819	3.077	3.331	3.581
		Gap	2.094	2.034	1.999	1.987	2.005	2.048	2.123	2.237	2.383	2.578

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
61	TEKNISI KARDIOVASKULER	Kebutuhan	850	861	871	884	896	901	900	912	924	936
		Ketersediaan	296	336	375	413	451	488	525	561	597	632
		Gap	554	525	496	471	445	413	375	351	327	304
62	ELEKTROMEDIS	Kebutuhan	36.787	36.787	36.817	36.847	36.877	36.907	36.937	36.967	36.997	37.027
		Ketersediaan	7.139	8.246	9.370	10.510	11.668	12.843	14.036	15.246	16.475	17.722
		Gap	29.648	28.541	27.447	26.337	25.209	24.064	22.901	21.721	20.522	19.305
63	FISIKAWAN MEDIS	Kebutuhan	1.339	1.435	1.539	1.650	1.772	1.907	2.052	2.212	2.384	2.575
		Ketersediaan	647	667	687	707	776	844	911	977	1.042	1.106
		Gap	692	768	852	943	996	1.063	1.141	1.235	1.342	1.469

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
64	ORTOTIS PROSTETIS	Kebutuhan	1.199	1.284	1.377	1.476	1.587	1.706	1.836	1.979	2.130	2.299
		Ketersediaan	227	379	528	675	820	963	1.104	1.242	1.378	1.512
		Gap	972	905	849	801	767	743	732	737	752	787
65	TEKNISI PELAYANAN DARAH	Kebutuhan	3.591	3.834	4.097	4.388	4.703	5.047	5.421	5.832	6.273	6.765
		Ketersediaan	2.572	3.035	3.491	3.941	4.384	4.820	5.250	5.673	6.090	6.501
		Gap	1.019	799	606	447	319	227	171	159	183	264
66	RADIOGRAFER	Kebutuhan	29.429	31.710	34.165	36.821	39.690	42.790	46.148	49.775	53.686	57.927
		Ketersediaan	17.660	18.886	20.094	21.284	22.456	23.610	24.747	25.867	26.970	28.056
		Gap	11.769	12.824	14.071	15.537	17.234	19.180	21.401	23.908	26.716	29.871

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
67	AKUPUNKTUR TERAPIS	Kebutuhan	2.253	2.342	2.437	2.534	2.637	2.739	2.849	2.966	3.084	3.209
		Ketersediaan	618	990	1.356	1.717	2.072	2.422	2.766	3.106	3.440	3.770
		Gap	1.635	1.352	1.081	817	565	317	83	+140	+356	+561
68	DIETISIEN	Kebutuhan	19.551	19.770	19.987	20.205	20.410	20.612	20.808	21.002	21.189	21.371
		Ketersediaan	2.193	3.064	3.922	4.767	5.599	6.419	7.227	8.023	8.807	9.579
		Gap	17.358	16.706	16.065	15.438	14.811	14.193	13.581	12.979	12.382	11.792
69	ENTOMOLOG KESEHATAN	Kebutuhan	25.555	25.977	26.405	26.844	27.291	27.746	28.215	28.688	29.170	29.667
		Ketersediaan	311	306	302	297	293	288	284	280	276	271
		Gap	25.244	25.671	26.103	26.547	26.998	27.458	27.931	28.408	28.894	29.396

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	
70	PENGOBATAN TRADISIONAL	Kebutuhan	1.108	1.121	1.134	1.143	1.150	1.167	1.176	1.190	1.203	1.213
		Ketersediaan	247	315	383	449	514	578	642	704	766	826
		Gap	861	806	751	694	636	589	534	486	437	387
71	PENGOBATAN TRADISIONAL INTERKONTINENTAL	Kebutuhan	1.371	1.384	1.399	1.414	1.430	1.444	1.459	1.472	1.488	1.502
		Ketersediaan	64	111	157	203	248	292	336	379	421	463
		Gap	1.307	1.273	1.242	1.211	1.182	1.152	1.123	1.093	1.067	1.039
72	KESEHATAN TRADISIONAL RAMUAN/JAMU	Kebutuhan	1.154	1.164	1.177	1.194	1.210	1.218	1.229	1.242	1.253	1.267
		Ketersediaan	128	198	267	335	402	468	533	597	660	722
		Gap	1.026	966	910	859	808	750	696	645	593	545

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
73	TERAPIS GIGI MULUT	Kebutuhan	56.665	61.119	65.935	71.147	76.782	82.876	89.475	96.604	104.303	112.653
		Ketersediaan	19.124	20.516	21.887	23.238	24.568	25.878	27.169	28.440	29.692	30.926
		Gap	37.541	40.603	44.048	47.909	52.214	56.998	62.306	68.164	74.611	81.727
74	TERAPIS WICARA	Kebutuhan	4.652	4.826	5.008	5.200	5.398	5.605	5.823	6.047	6.281	6.527
		Ketersediaan	1.949	2.261	2.568	2.870	3.168	3.461	3.750	4.035	4.315	4.591
		Gap	2.703	2.565	2.440	2.330	2.230	2.144	2.073	2.012	1.966	1.936
75	TENAGA VOKASI FARMASI	Kebutuhan	264.514	267.752	270.917	274.033	277.081	280.056	282.973	285.809	288.589	291.283
		Ketersediaan	87.785	97.450	106.971	116.348	125.585	134.683	143.645	152.473	161.167	169.732
		Gap	176.729	170.302	163.946	157.685	151.496	145.373	139.328	133.336	127.422	121.551
76	PEREKAM MEDIS	Kebutuhan	94.259	105.924	117.589	129.254	140.919	152.584	64.249	175.914	187.579	199.244

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

NO	JENIS TENAGA	KETERANGAN	TAHUN									
			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2031
		Ketersediaan	25.509	29.766	33.960	38.090	42.159	46.167	50.114	54.003	57.832	61.605
		Gap	68.750	76.158	83.629	91.164	98.760	106.417	114.135	121.911	129.747	137.639

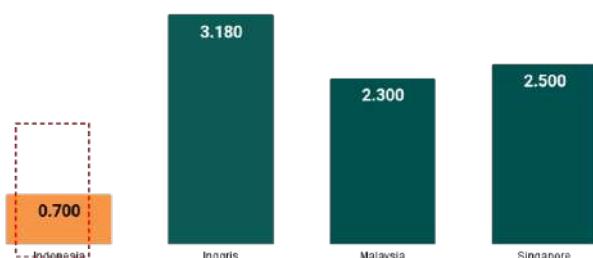
Berikut adalah perhitungan supply-demand yang diproyeksikan untuk tahun 2025:

1. DOKTER UMUM

Hasil perhitungan berdasarkan Supply Dan Demand didapatkan demand kebutuhan Dokter Umum tahun 2025 sebesar 205.219, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan supply dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat supply pada tahun 2025 sebesar 171.310 orang, sehingga terdapat gap antara supply dan demand sebesar 33.909 Dokter Gigi.

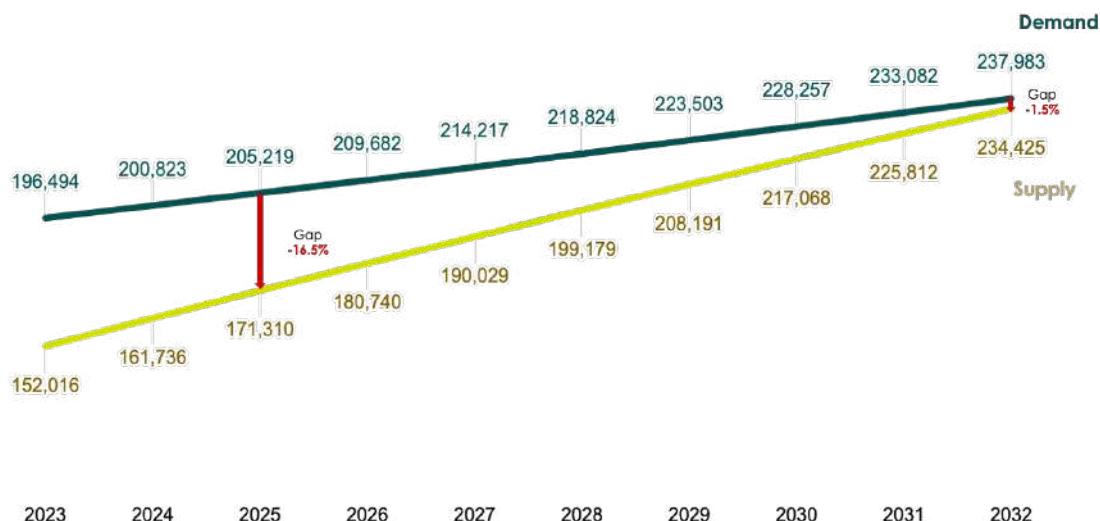
Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
171.310	205.219	33.909



Perhitungan kebutuhan Dokter Umum di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding supply di negara ASEAN. Rasio permintaan /kebutuhan terhadap Dokter Umum pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,700 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani 1.429 penduduk.

Pada tahun 2025, supply Dokter Umum baru mencapai 1 orang Dokter Umum melayani 1.639 penduduk. Sedangkan Singapura rasio supply Dokter Gigi telah mencapai 1 orang melayani 400 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Umum Tahun 2023-2032



Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Umum selama 10 tahun menunjukkan bahwa Indonesia masih mengalami kekurangan Dokter Umum dari tahun 2023 hingga 2032. Namun, gap antara supply dan demand semakin menipis dari tahun ke tahun, dan diperkirakan dapat mencapai keseimbangan pada tahun-tahun setelah 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Umum secara berkelanjutan agar kesenjangan ini dapat segera teratasi.

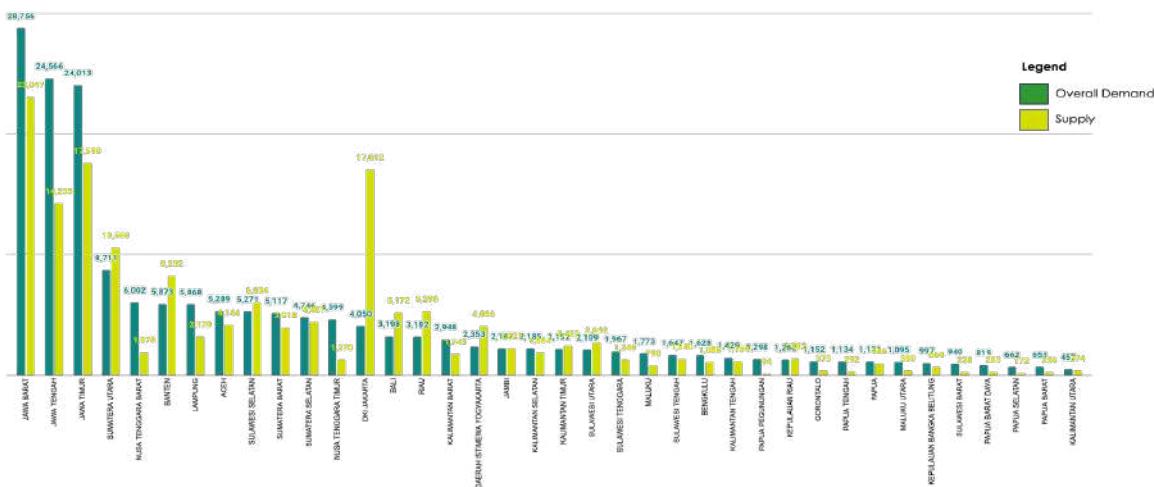
Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan supply per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Dokter Umum. Dari grafik dibawah tergambar bahwa kebutuhan Dokter Umum terbanyak ada di Jawa Barat disusul oleh Jawa Tengah, dan Jawa Timur sedangkan untuk kekurangan Dokter Umum terbanyak terjadi di Jawa Tengah, Jawa Timur, Jawa Barat.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Umum Tahun 2025

Blueprint

PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Menurut Provinsi, Tahun 2025



Estimasi kesenjangan kebutuhan Dokter Umum pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, sebagian kabupaten dan kota masih mengalami kekurangan Dokter Umum.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* Dokter Umum Tahun 2023-2032



2. DOKTER GIGI

Hasil perhitungan berdasarkan Supply Dan Demand didapatkan demand kebutuhan Dokter Gigi tahun 2025 sebesar 53.753, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan perhitungan supply dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat supply pada tahun 2025 sebesar 43.921 orang, sehingga terdapat gap antara supply dan demand sebesar 9.832 Dokter Gigi.

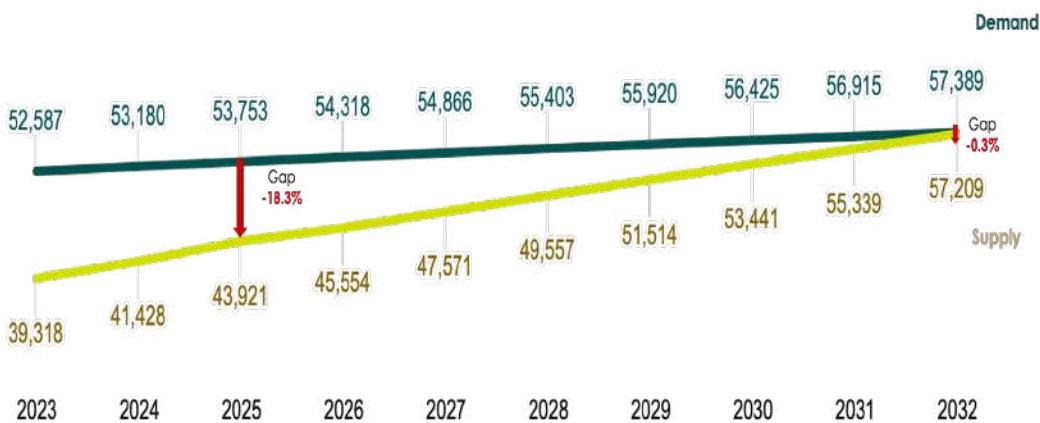


Perhitungan kebutuhan Dokter Gigi di Indonesia secara rasio masih dibawah supply di negara ASEAN. Rasio permintaan /kebutuhan terhadap Dokter Gigi pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,19 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani 5,263

penduduk. Pada tahun 2025, supply Dokter Gigi baru mencapai 1 orang Dokter Gigi melayani 6.800 penduduk. Sedangkan Singapura rasio supply Dokter Gigi telah mencapai 1 orang melayani 2.500 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Tahun 2023-2032

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



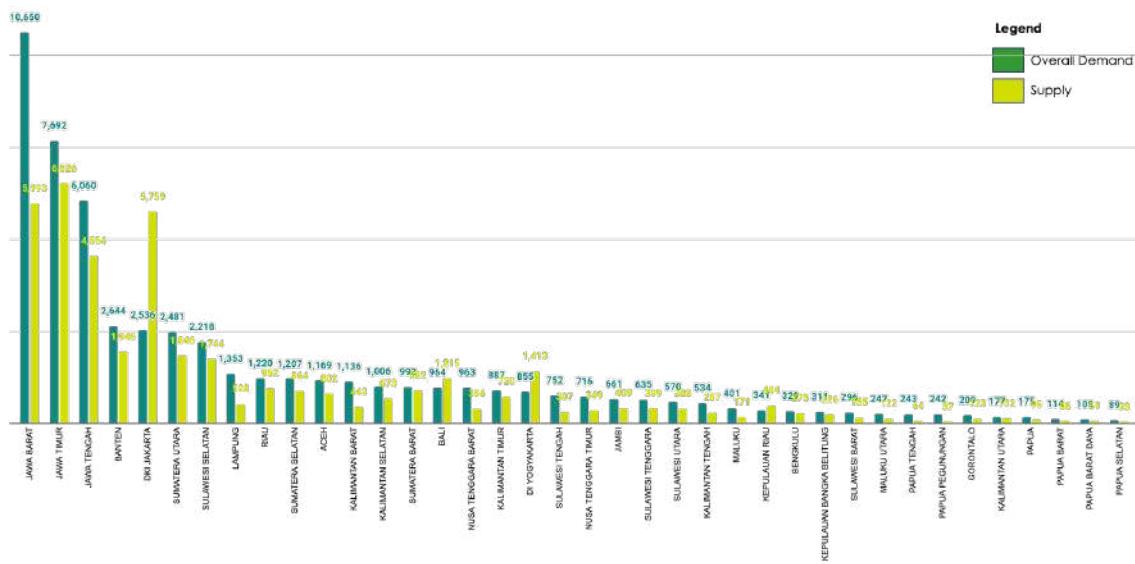
Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Gigi selama 10 tahun menunjukkan bahwa Indonesia masih mengalami kekurangan Dokter Gigi dari tahun 2023 hingga 2032. Namun, gap antara supply dan demand semakin menipis dari tahun ke tahun, dan diperkirakan dapat mencapai keseimbangan pada tahun-tahun setelah 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Gigi secara berkelanjutan agar kesenjangan ini dapat segera teratas.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan supply per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Dokter Gigi. Dari grafik dibawah tergambar bahwa kebutuhan Dokter Gigi terbanyak ada di Jawa Barat Disusul oleh Jawa Timur, dan Jawa Tengah sedangkan untuk kekurangan Dokter Gigi terbanyak terjadi di Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur.

Grafik Proyeksi Kebutuhan supply-demand Dokter Gigi Tahun 2025
Menurut Provinsi, Tahun 2025

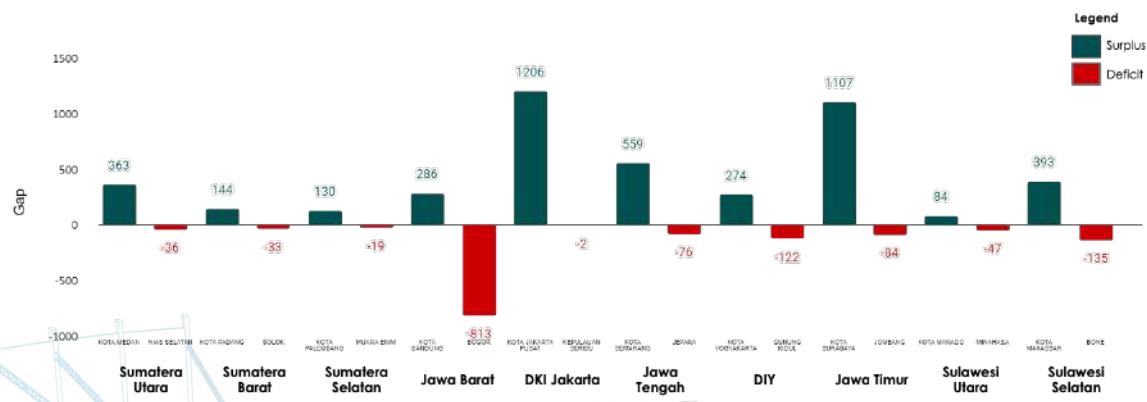
Blueprint

PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Dokter Gigi pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa sebagian kabupaten atau kota masih mengalami kekurangan Dokter Gigi.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Tahun 2023-2032



3. DOKTER SPESIALIS ANAK

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply-Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis Anak tahun 2025 sebesar 5.162, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 5.356 orang, sehingga terdapat gap antara supply dan demand sebesar 194 Spesialis Anak.



120.760 penduduk. Sedangkan, Malaysia memiliki rasio *supply* Sp. Anak telah mencapai 1 orang melayani 20.000 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Anak Tahun 2023-2032

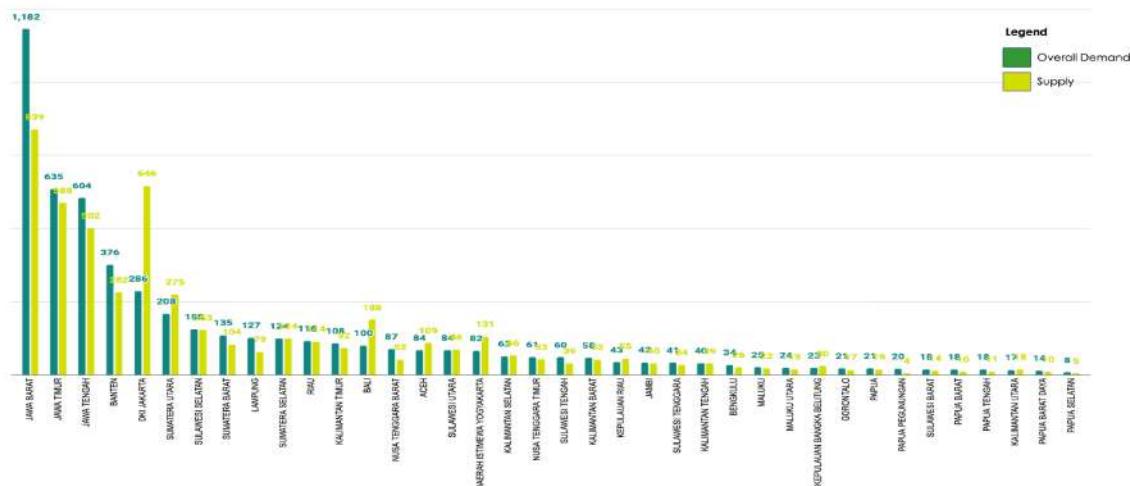


Hasil proyeksi *supply-demand* Spesialis Anak selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Anak pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Karena secara rata-rata dokter spesialis anak yang berusia lebih dari 60 tahun tidak sepenuhnya memberikan layanan dokter spesialis anak sesuai dengan kompetensinya, maka perhitungan *supply* dokter spesialis anak terkoreksi sebagaimana grafik di bawah ini.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Anak. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Spesialis Anak terbanyak ada di Jawa Barat, disusul oleh Jawa Timur dan Jawa Tengah sedangkan untuk kekurangan Spesialis Anak terbanyak secara berurutan terjadi di Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Banten.

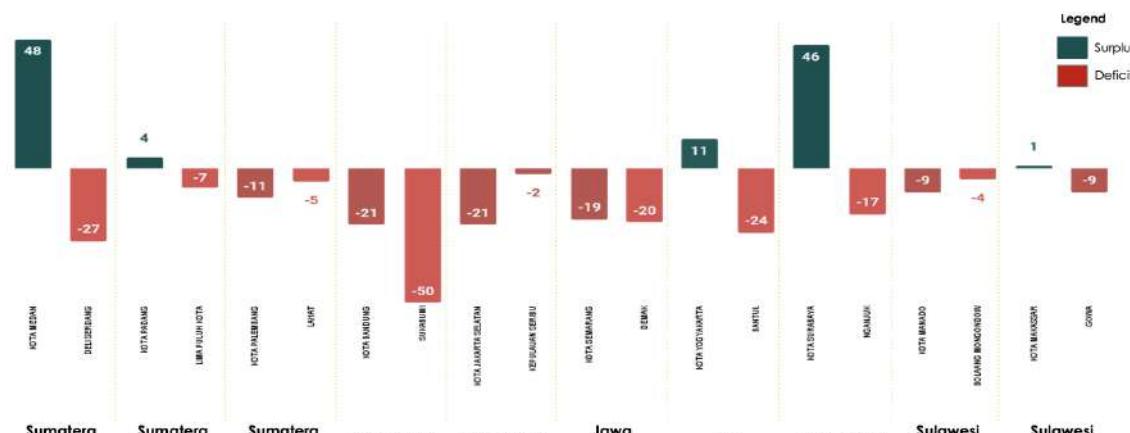
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Anak
Menurut Provinsi, Tahun 2025**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Anak pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. Anak, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat Ibu Kota Provinsi yang telah surplus.

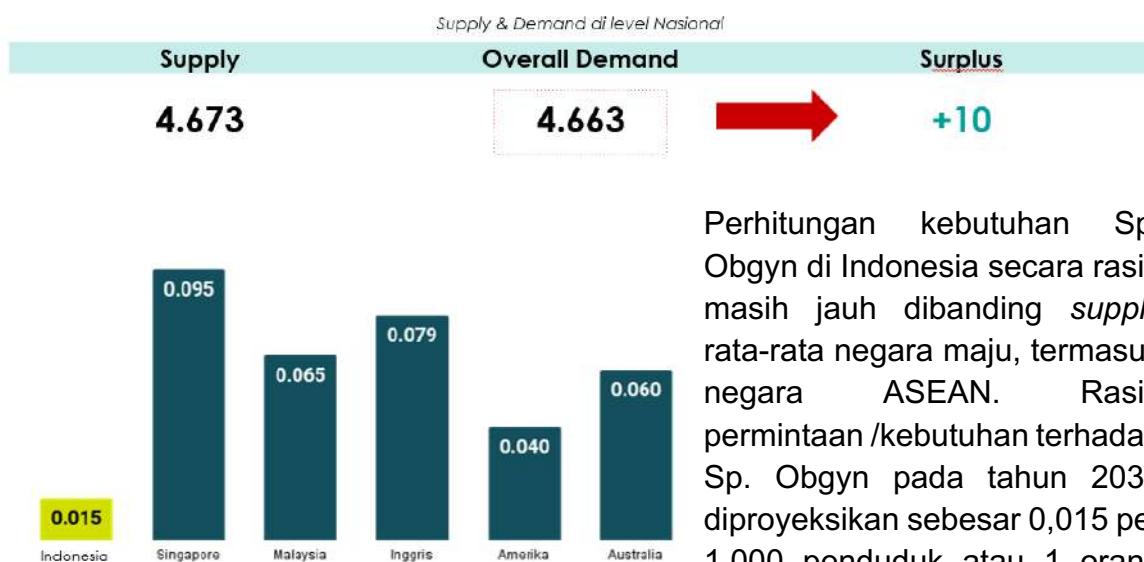
Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Anak Tahun 2023-2032



4. DOKTER SPESIALIS OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

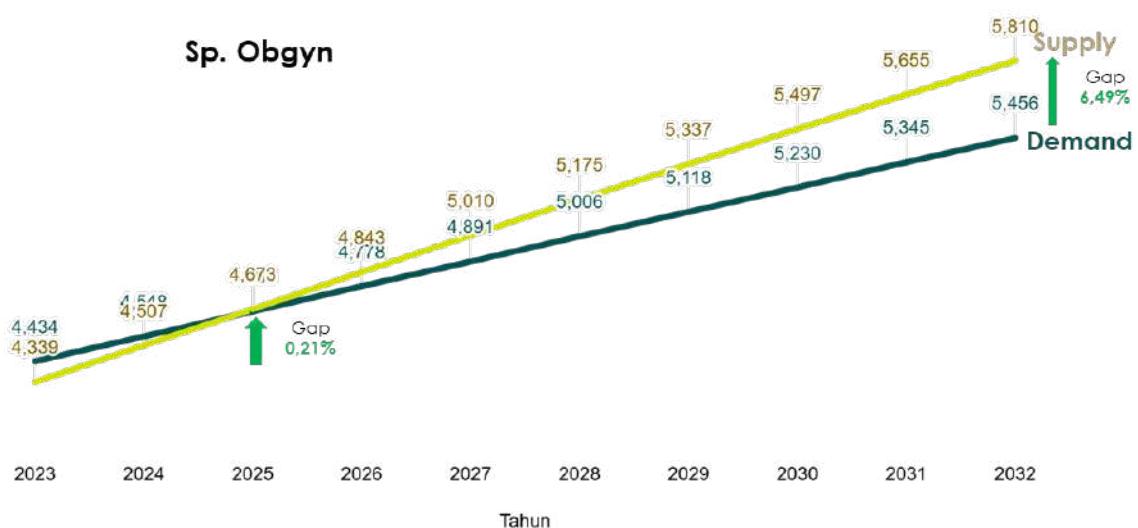
Hasil perhitungan berdasarkan Supply-Demand didapatkan demand kebutuhan Spesialis Obgyn tahun 2025 sebesar 4.663, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan supply dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat supply pada tahun 2025 sebesar 4.673 orang, sehingga terdapat surplus pada Spesialis Obgyn yaitu sebanyak 10 orang Spesialis Obgyn.



Perhitungan kebutuhan Sp. Obgyn di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* rata-rata negara maju, termasuk negara ASEAN. Rasio permintaan /kebutuhan terhadap Sp. Obgyn pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,015 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. Obgyn melayani 66.666 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Obgyn baru mencapai 1 orang Sp. Obgyn melayani 60.133 penduduk. Sedangkan Singapura rasio *supply* Sp. Obgyn telah mencapai 1 orang melayani 10.526 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi
Tahun 2023-2032

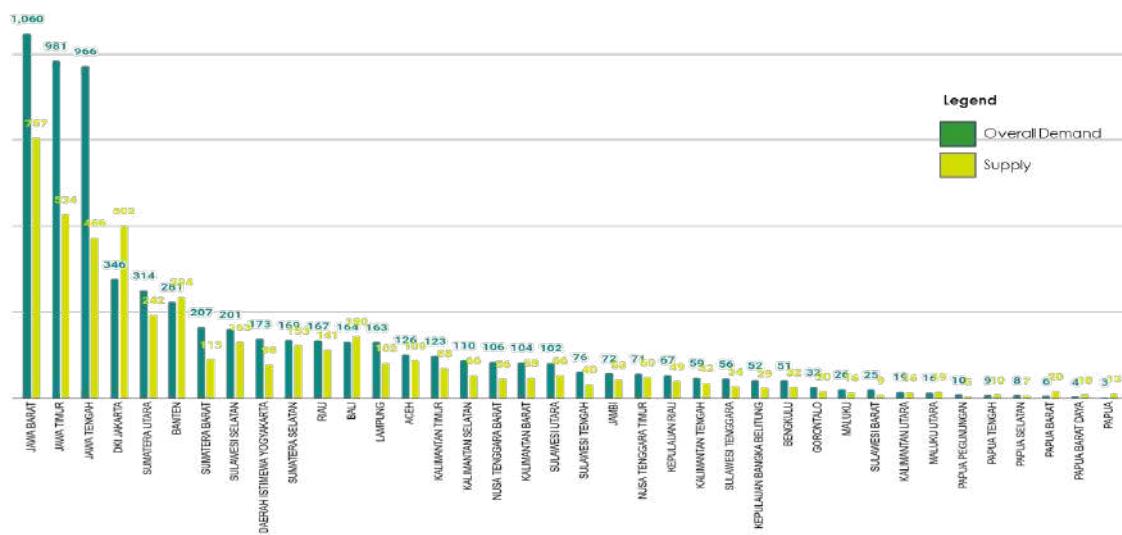


Hasil proyeksi *supply-demand* Spesialis Obgyn selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami surplus Spesialis Obgyn pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Obgyn untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa walaupun terjadi surplus tetapi hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Obgyn. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan spesialis Obgyn terbanyak ada di Provinsi Jawa Tengah kemudian disusul oleh Jawa Timur dan Jawa Tengah sedangkan untuk kekurangan spesialis Obgyn terbanyak terjadi di Provinsi Jawa Tengah.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi
Menurut Provinsi, Tahun 2024**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Obgyn pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi surplus Sp. Obgyn, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat beberapa kabupaten/kota yang masih kekurangan spesialis obgyn.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Obgyn Tahun 2023-2032



5. DOKTER SPESIALIS PENYAKIT DALAM

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Spesialis penyakit dalam tahun 2025 sebesar 2.442, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 5.201 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 1.611 Spesialis Penyakit Dalam.

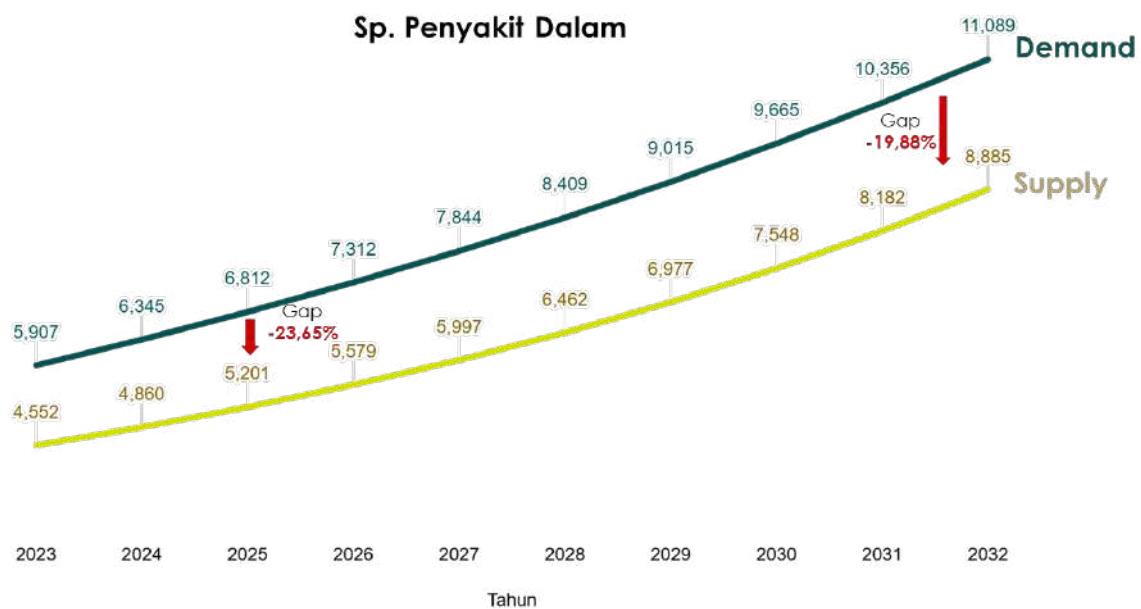


Perhitungan kebutuhan Sp.Penyakit Dalam di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* rata-rata negara maju. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Penyakit Dalam pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,02 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp.PD melayani 47.619

penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. PD baru mencapai 1 orang Sp. PD melayani 54.028 penduduk. Sedangkan Singapura rasio *supply* Sp. PD telah mencapai 1 orang melayani 20.000 penduduk.

Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Penyakit Dalam selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Penyakit Dalam pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Penyakit Dalam untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

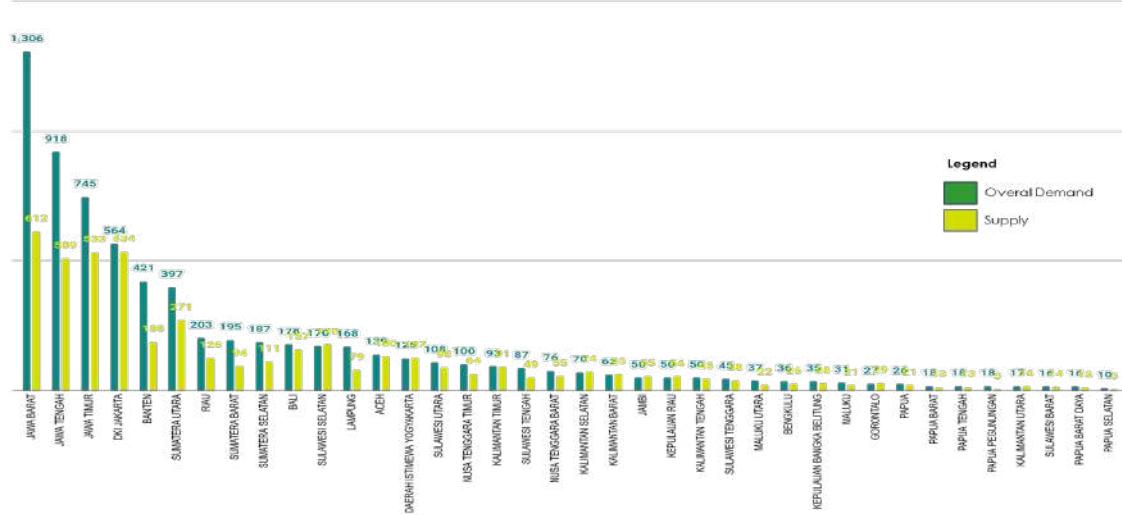
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Penyakit Dalam Tahun 2023-2032



Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Penyakit Dalam. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan spesialis Penyakit Dalam terbanyak ada di Provinsi Jawa Barat kemudian disusul oleh Jawa Tengah dan Jawa Timur sedangkan untuk kekurangan spesialis Penyakit Dalam terbanyak terjadi di Provinsi Jawa Barat.

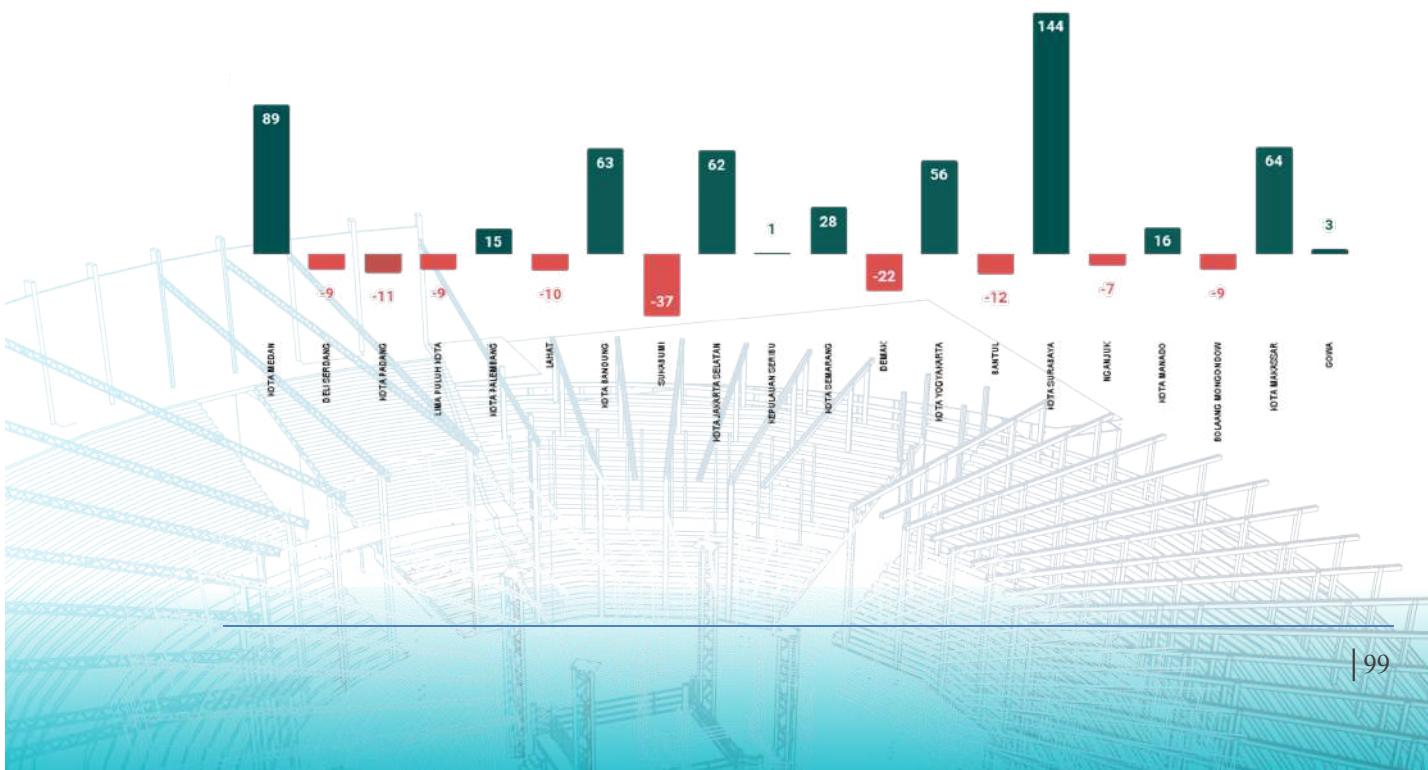
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Penyakit Dalam
Menurut Provinsi, Tahun 2025**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Penyakit Dalam pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. PD, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat ibu kota provinsi yang telah surplus.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Penyakit Dalam Tahun 2023-2032



6. DOKTER SPESIALIS BEDAH

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply Dan Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis Bedah tahun 2025 sebesar 6.110, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

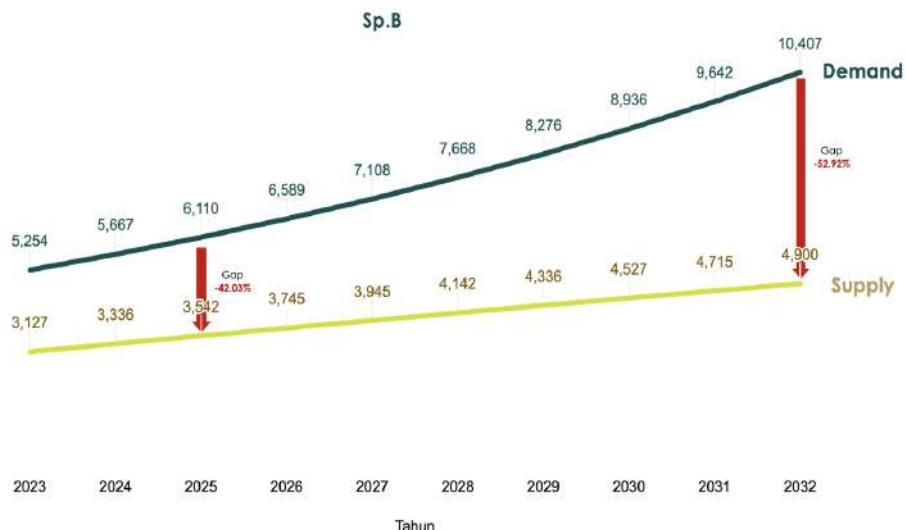
Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 3.542 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 2.568 Spesialis Bedah.



mencapai 1 orang melayani 14.286 penduduk.

Perhitungan kebutuhan Sp. Bedah di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* rata-rata negara maju, termasuk negara ASEAN. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Bedah pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,019 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. Bedah melayani 52.632 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Bedah baru mencapai 1 orang Sp. Bedah melayani 180.284 penduduk. Sedangkan, Singapura memiliki rasio *supply* Sp. Bedah telah

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Bedah Tahun 2023-2032

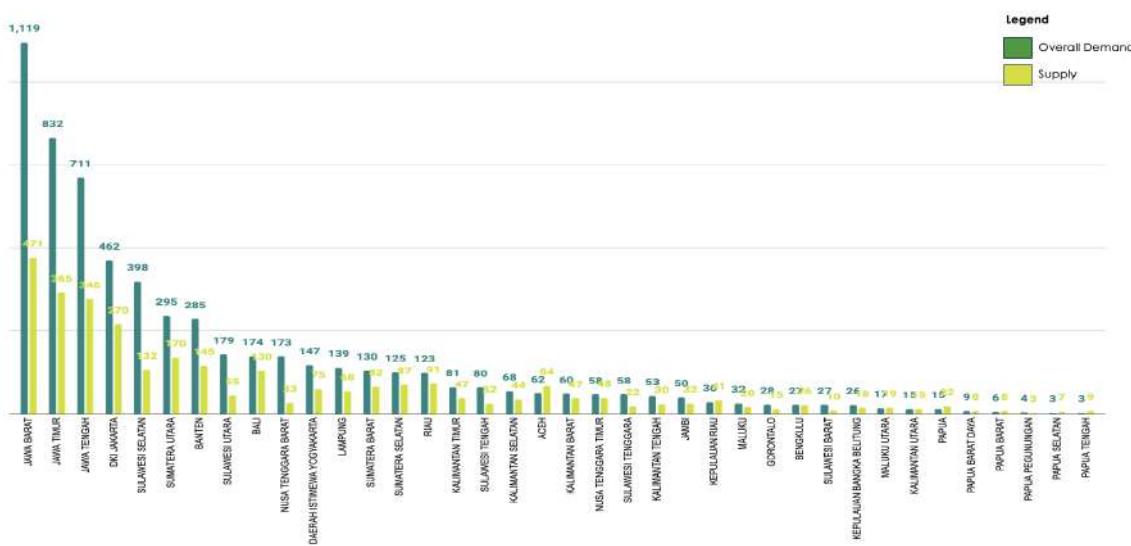


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Bedah selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Bedah pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Bedah untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Bedah. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Spesialis Bedah terbanyak ada di Jawa Barat, disusul oleh Jawa Timur dan Jawa Tengah, sedangkan untuk kekurangan Spesialis Bedah terbanyak secara berurutan terjadi provinsi yang sama, yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah.

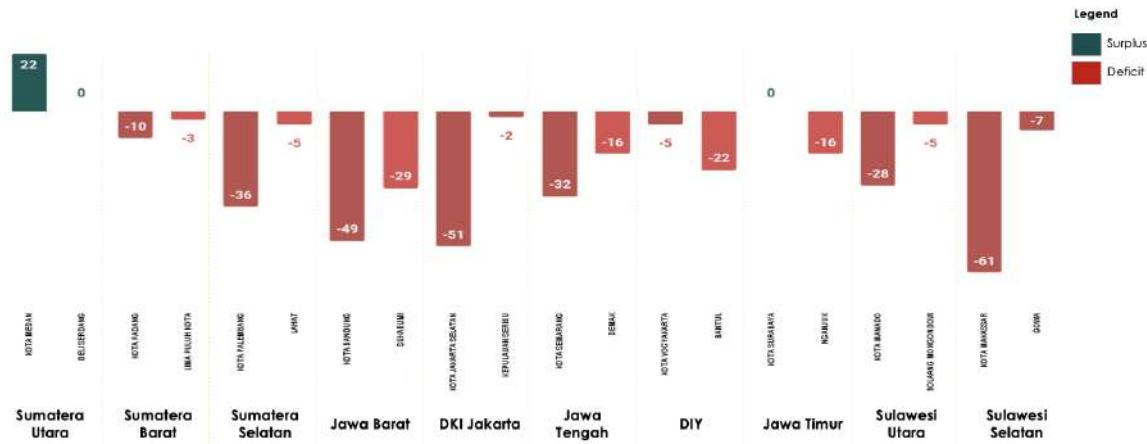
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Bedah
Menurut Provinsi, Tahun 2025**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Bedah pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. Bedah, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat Ibu Kota Provinsi yang telah surplus.

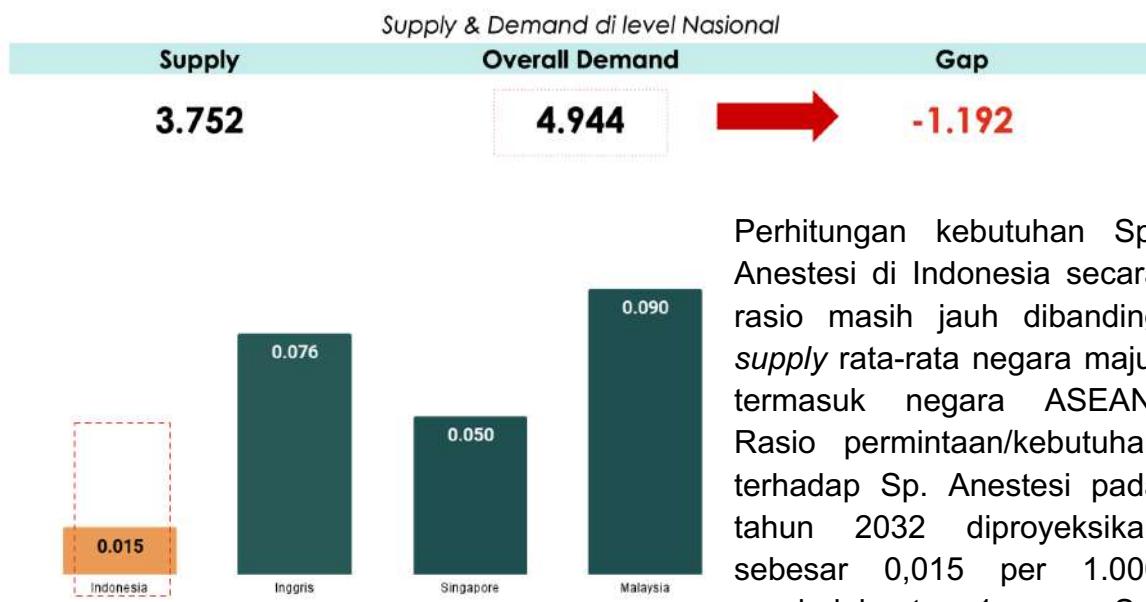
Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Bedah Tahun 2023-2032



7. DOKTER SPESIALIS ANESTESI

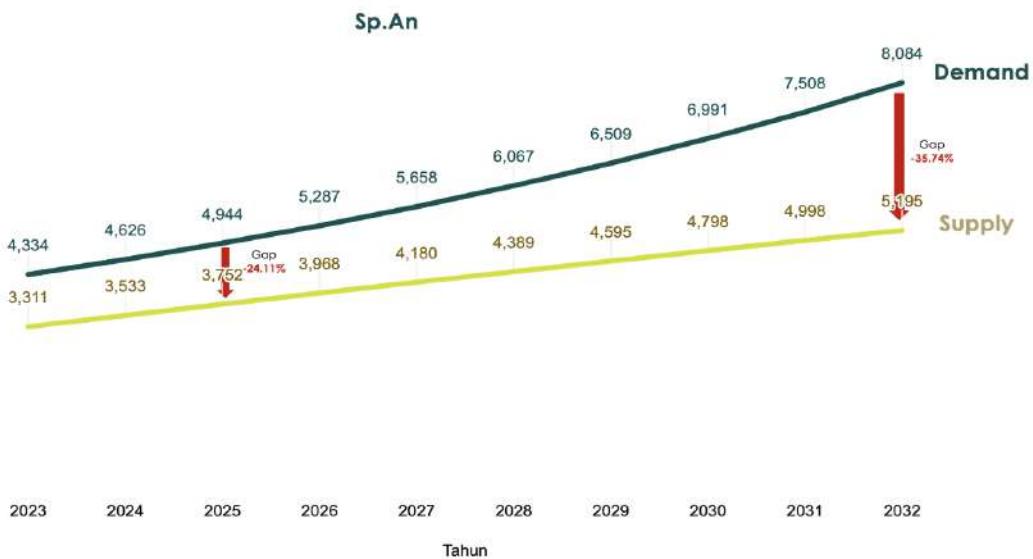
Hasil perhitungan berdasarkan *Supply Dan Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Spesialis Anestesi tahun 2025 sebesar 4.944, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 3.752 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 1.192 Spesialis Anestesi.



Anestesi melayani 66.667 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Anestesi baru mencapai 1 orang Sp. Anestesi melayani 75.758 penduduk. Sedangkan, Malaysia memiliki rasio *supply* Sp. Anestesi telah mencapai 1 orang melayani 11.111 penduduk.

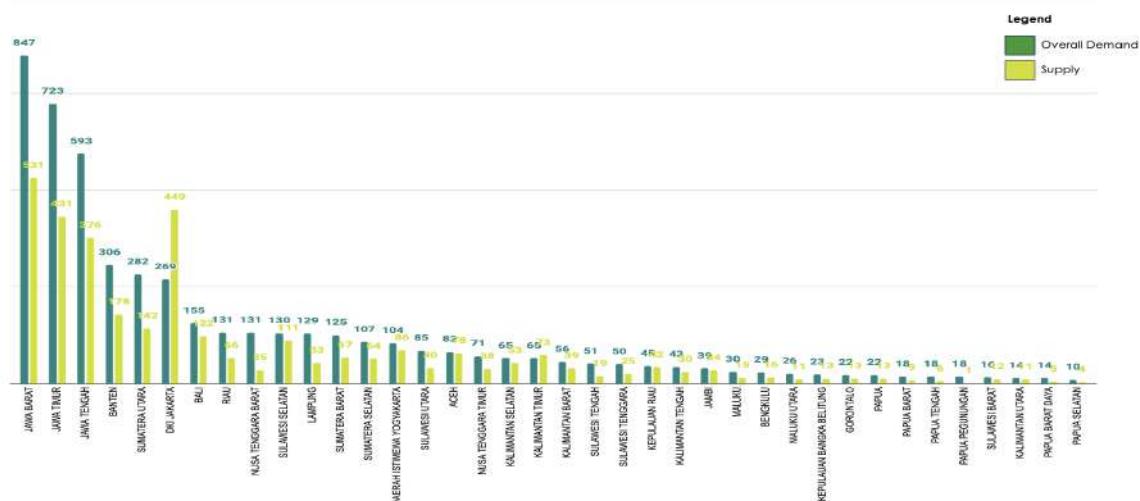
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Anestesi Tahun 2023-2032



Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Anestesi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Anestesi pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Anestesi untuk menghindari gap yang meningkat lebih tinggi.

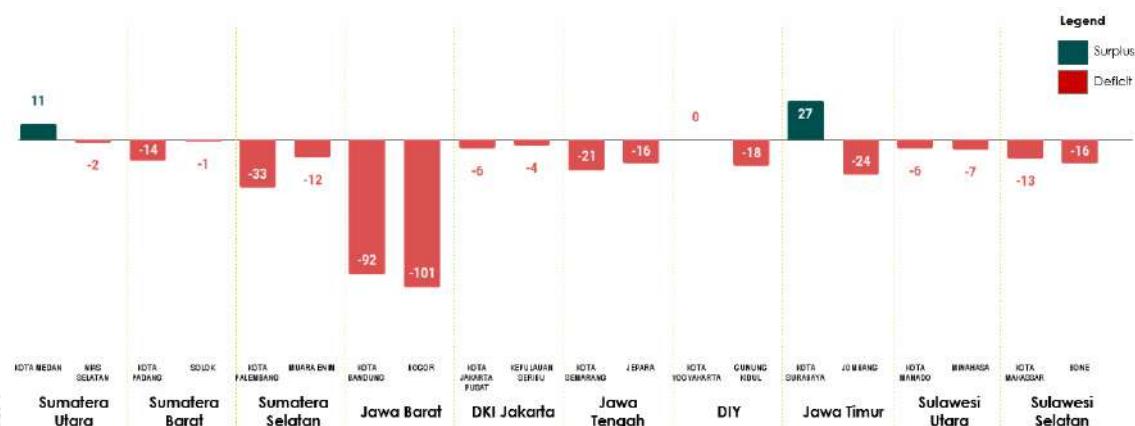
Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Anestesi. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Spesialis Anestesi terbanyak ada di Jawa Barat, disusul oleh Jawa Timur dan Jawa Tengah sedangkan untuk kekurangan Spesialis Anestesi terbanyak secara berurutan terjadi provinsi yang sama, yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Anestesi pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. Anestesi, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat Ibu Kota Provinsi yang telah *surplus*.

Grafik Gap Kebutuhan supply-demand dokter Spesialis Anestesi Tahun 2023-2032



8. DOKTER SPESIALIS RADIOLOGI

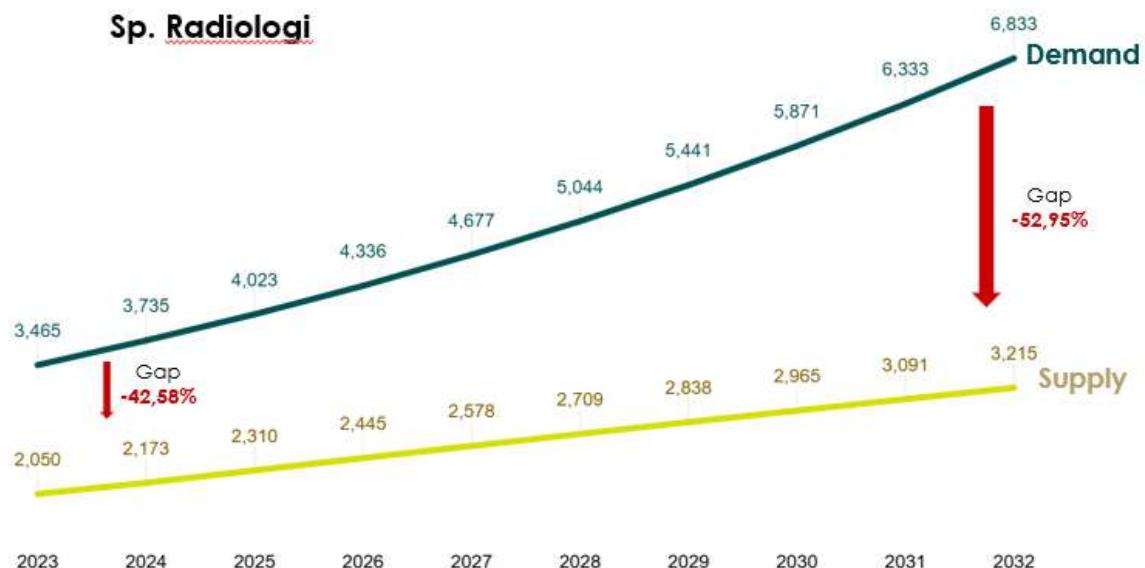
Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* dan *Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis radiologi tahun 2025 sebesar 4.023, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 2.310 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan demand sebesar 1.713 Spesialis Radiologi.



Perhitungan kebutuhan Sp. Radiologi di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* rata-rata negara maju. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Radiologi pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,023 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. Radiologi melayani 43.478 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Radiologi baru mencapai 1 orang Sp. Radiologi melayani 121.645 penduduk. Sedangkan Singapura rasio *supply* Sp. Radiologi telah mencapai 1 orang melayani 12.821 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Radiologi Tahun 2023-2032

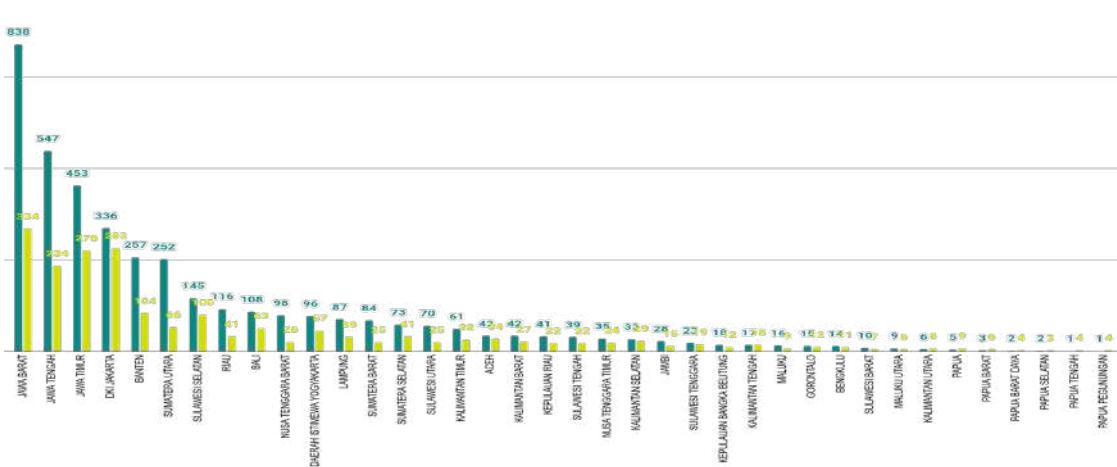


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Radiologi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Radiologi pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Radiologi untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Radiologi. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan spesialis Radiologi terbanyak ada di Provinsi Jawa Barat kemudian disusul oleh Jawa Tengah dan Jawa Timur sedangkan untuk kekurangan spesialis Radiologi terbanyak terjadi di Provinsi Jawa Barat.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Radiologi
Menurut Provinsi, Tahun 2025**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Radiologi pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. Radiologi, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat ibu kota provinsi yang telah surplus.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Radiologi Tahun 2023-2032

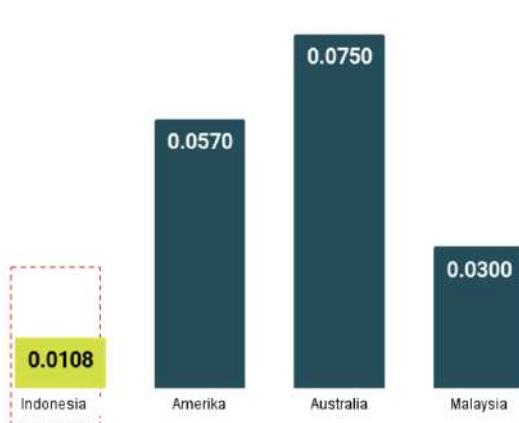


9. DOKTER SPESIALIS PATOLOGI KLINIK

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply-Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Spesialis Patologi Klinik tahun 2025 sebesar 3.489, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 2.174 orang, sehingga terdapat gap antara *supply-demand* sebesar 1.315 Spesialis Patologi Klinik.

Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
2,174	3,489	-1,315



Perhitungan kebutuhan Sp.Patologi Klinik di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* rata-rata negara maju, termasuk negara ASEAN. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Patologi Klinik pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,01 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. PK melayani 100.000 penduduk. Pada tahun 2025,

supply Sp. PK baru mencapai 1 orang Sp. PK melayani 129.255 penduduk. Sedangkan Malaysia rasio *supply* Sp. PK telah mencapai 1 orang melayani 33.333 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Patologi Klinik Tahun 2023-2032

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



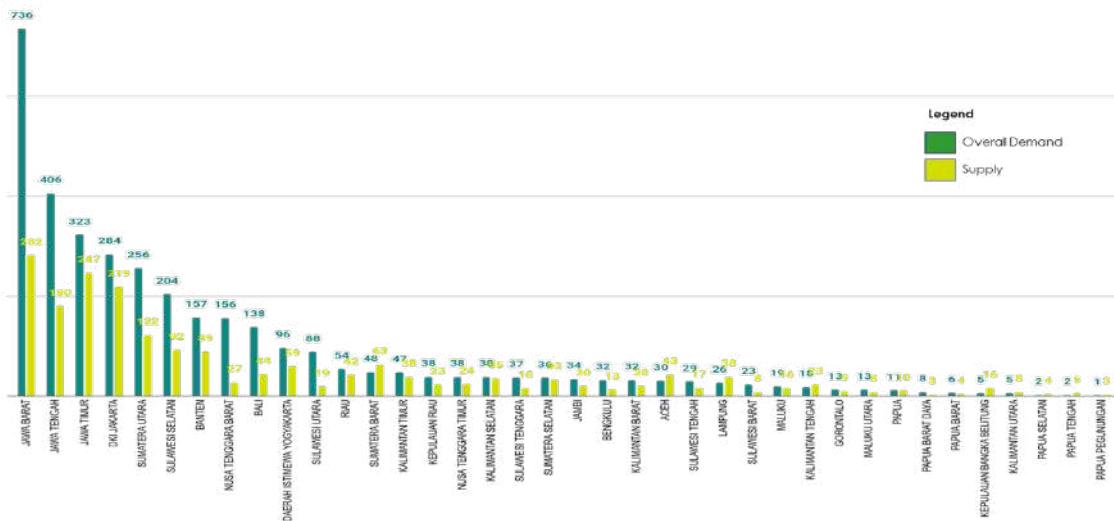
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Patologi Klinik selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Patologi Klinik pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Patologi Klinik untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Patologi Klinik. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan spesialis patologi klinik terbanyak ada di Provinsi Jawa Barat kemudian disusul oleh Jawa Tengah dan Jawa Timur sedangkan untuk kekurangan spesialis patologi klinik terbanyak

terjadi di Provinsi Jawa Barat.

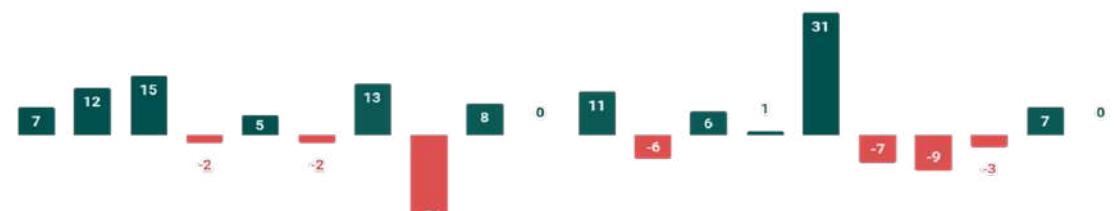
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Patologi Klinik
Menurut Provinsi, Tahun 2025

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Patologi Klinik pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. PK, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat ibu kota provinsi yang telah surplus.

Grafik Gap Kebutuhan supply-demand dokter Spesialis Patologi Klinik Tahun 2023-2032



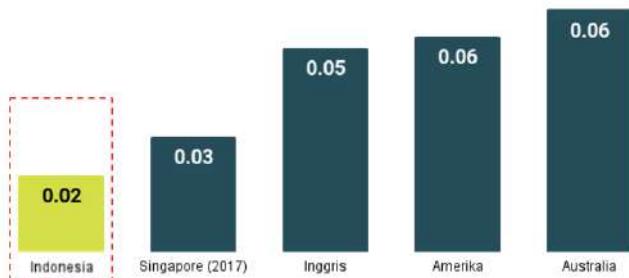
10. DOKTER SPESIALIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH

Berdasarkan hasil perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan pendekatan *supply-demand*, diketahui bahwa jumlah kebutuhan (*demand*) dokter spesialis jantung pada tahun 2025 diperkirakan mencapai 6.512 orang. Proyeksi ini disusun dengan mempertimbangkan tren prevalensi penyakit kardiovaskular serta kebutuhan pelayanan kesehatan yang terus meningkat hingga tahun 2032.

Sementara itu, proyeksi ketersediaan (*supply*) dokter spesialis jantung dihitung berdasarkan jumlah tenaga yang tersedia pada tahun sebelumnya, dikurangi dengan angka attrition (pensiun, kematian, atau perpindahan profesi), dan ditambah dengan rata-rata jumlah lulusan spesialis jantung per tahun. Berdasarkan data tersebut, *supply* dokter spesialis jantung pada tahun 2025 diperkirakan hanya mencapai 1.745 orang. Dengan demikian, terdapat kesenjangan (gap) antara *supply* dan *demand* sebesar 4.767 orang.

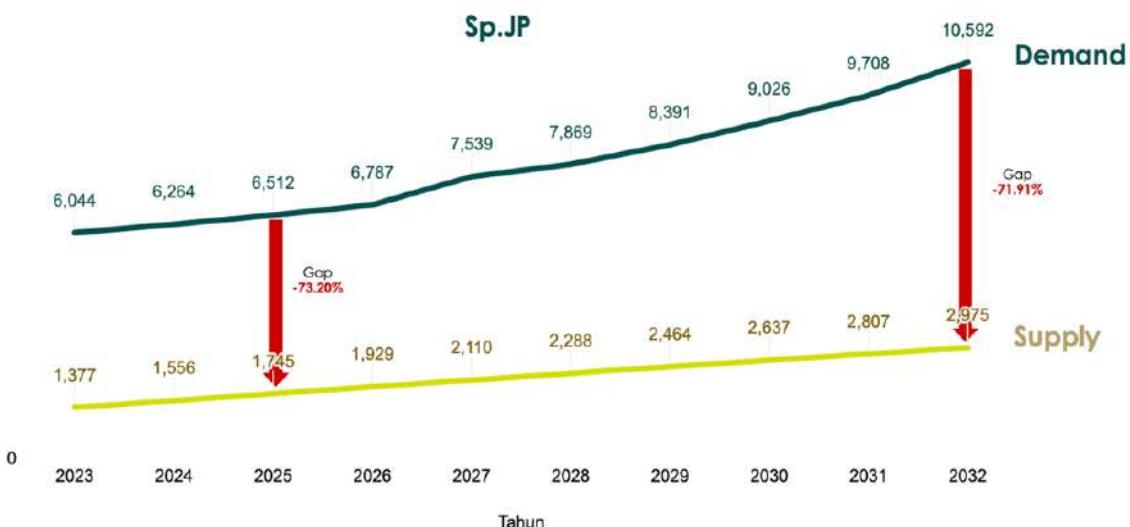
Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
1.745	6.512	-4.767

Perhitungan kebutuhan Sp. Jantung di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* rata-rata negara maju, termasuk negara ASEAN. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Jantung pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,02 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. Jantung melayani 50.000 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Jantung baru mencapai 1 orang Sp.



Jantung melayani 133.175 penduduk. Sedangkan Singapura pada tahun 2017 rasio *supply* Sp. Jantung telah mencapai 1 orang melayani 33.333 penduduk.

**Grafik Proyeksi Kebutuhan
supply-demand dokter Spesialis Jantung Tahun 2023-2032**

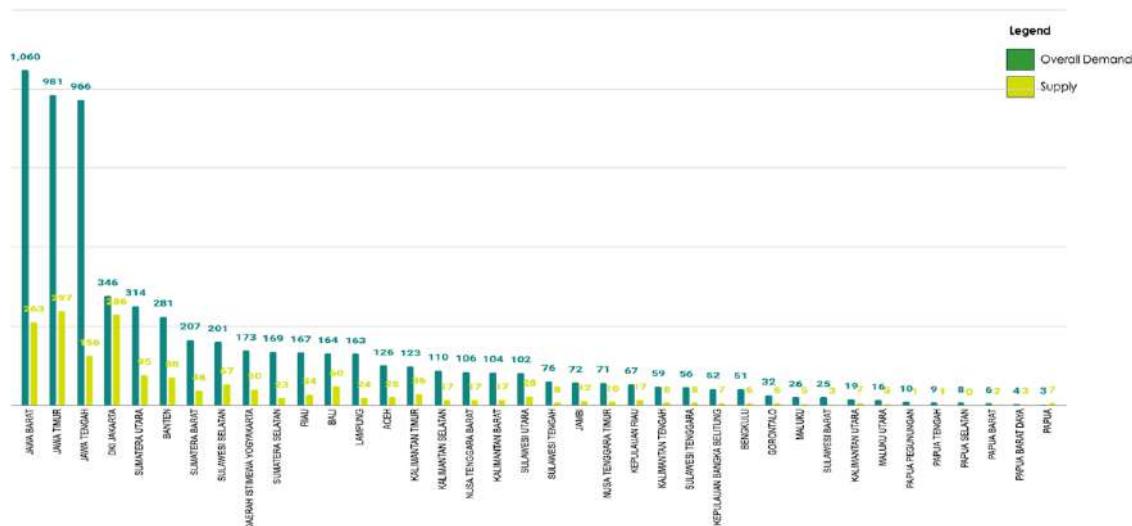


Hasil proyeksi *supply-demand* Spesialis Jantung selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Jantung pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Jantung untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Jantung. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Spesialis Jantung terbanyak ada di Jawa Barat, disusul oleh Jawa Timur dan Tengah sedangkan untuk kekurangan

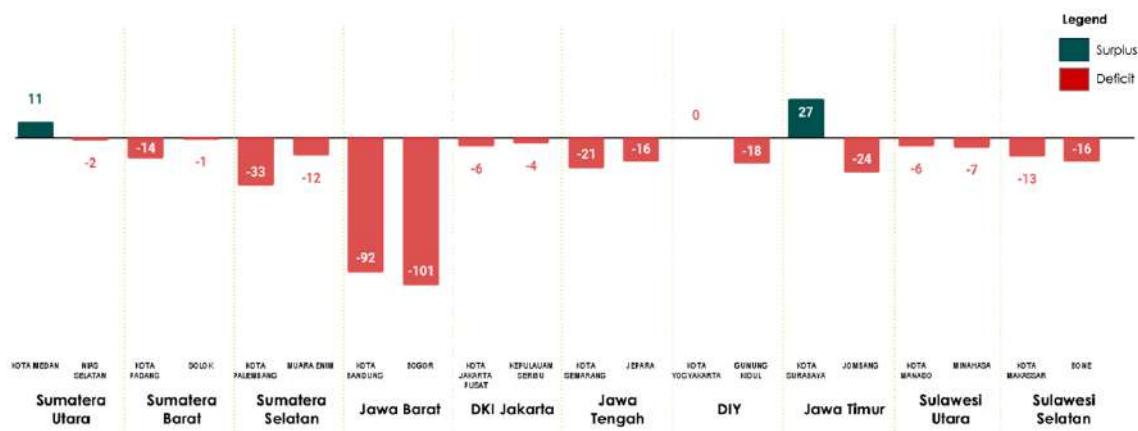
Spesialis Jantung terbanyak secara berurutan terjadi di Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Jawa Timur.

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Jantung Tahun 2025
Menurut Provinsi, Tahun 2025**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Jantung pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. JP, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat Ibu Kota Provinsi yang telah surplus.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Jantung Tahun 2023-2032



11. DOKTER SPESIALIS ONKOLOGI-RADIASI

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* dan *Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis Onko-Rad tahun 2025 sebesar 348, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 173 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 175 Spesialis Onko-Rad.

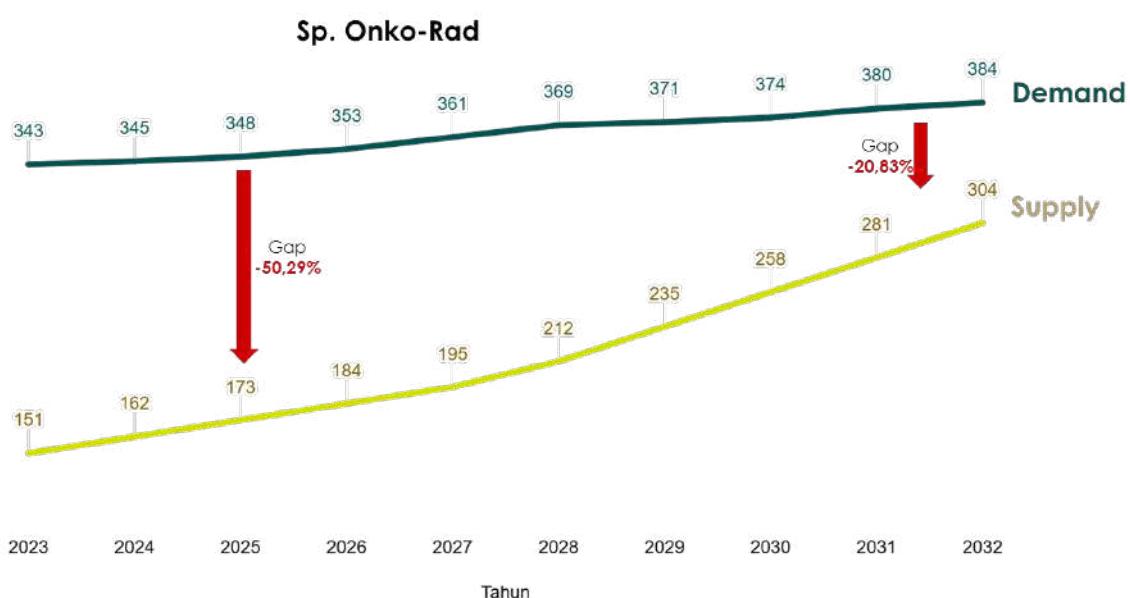
Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
173	348	-175

Perhitungan kebutuhan Sp. Onko-Rad di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* rata-rata negara maju. Rasio permintaan /kebutuhan terhadap Sp. Onko-Rad pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,001 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. Onko-Rad melayani 1.000.000 penduduk. Pada tahun 2025,

Indonesia memiliki rasio 0,001, Singapura 0,020, Malaysia 0,006, Inggris 0,130, Amerika 0,176, dan Australia 0,060.

supply Sp. Onko-Rad baru mencapai 1 orang Sp. Onko-Rad melayani 1.624.277 penduduk. Sedangkan Malaysia rasio *supply* Sp. Onko-Rad telah mencapai 1 orang melayani 166.667 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Onkologi-Radiasi Tahun 2023-2032

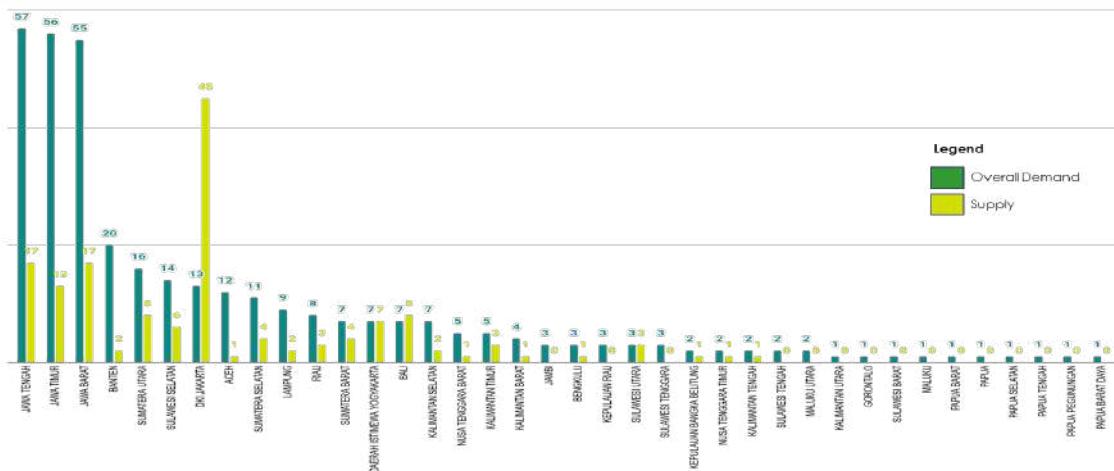


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Onko-Rad selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Onko-Rad pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Onko-Rad untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Onko-Rad. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan spesialis Onko-Rad terbanyak ada di Provinsi Jawa Tengah kemudian disusul oleh Jawa Timur dan Jawa Barat sedangkan untuk kekurangan spesialis Onko-Rad terbanyak terjadi di Provinsi Jawa Timur.

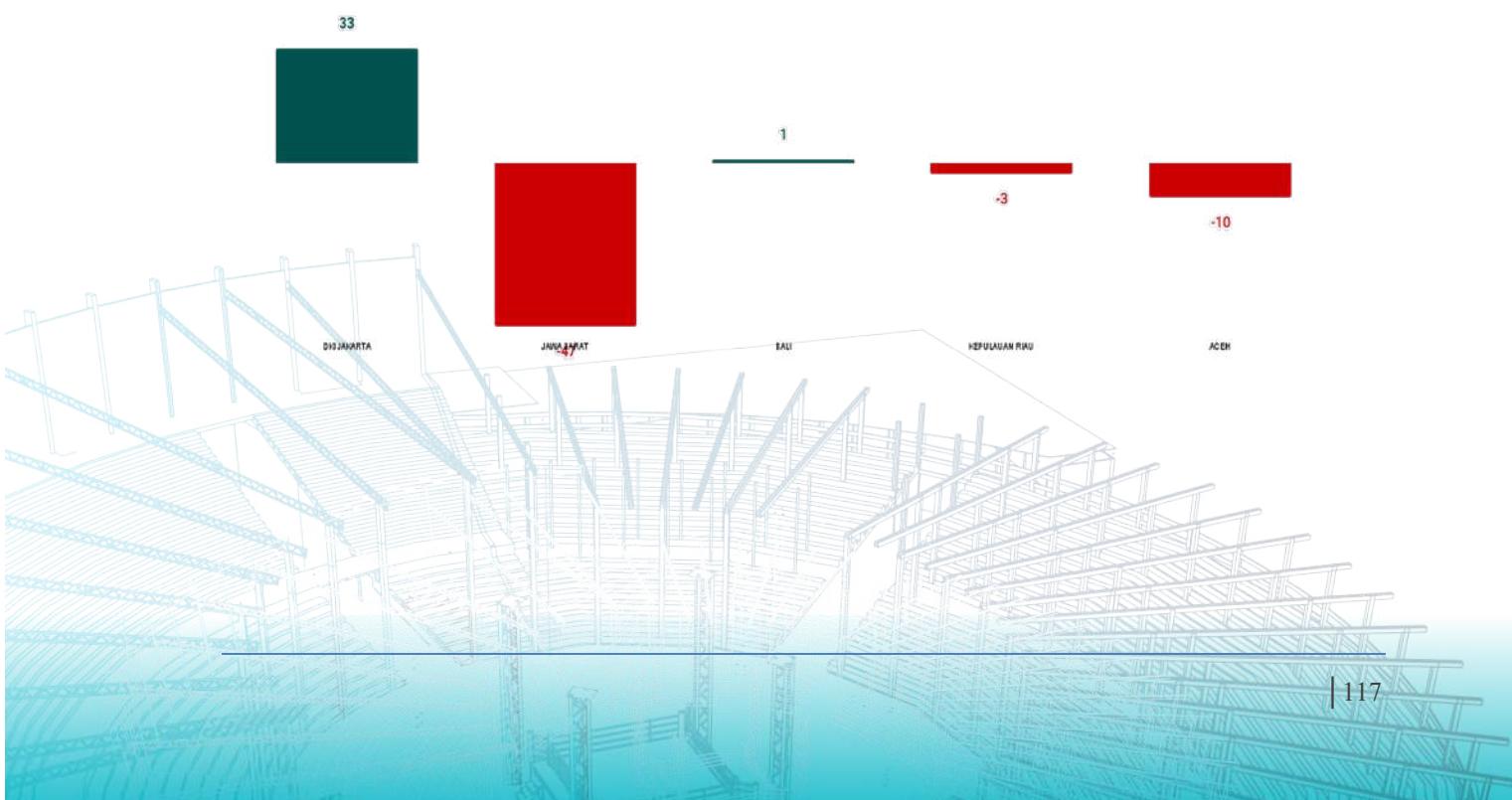
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Onkologi Radiasi
Menurut Provinsi, Tahun 2024**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Onko-Rad pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. Onko-Rad, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat ibu kota provinsi yang telah surplus.

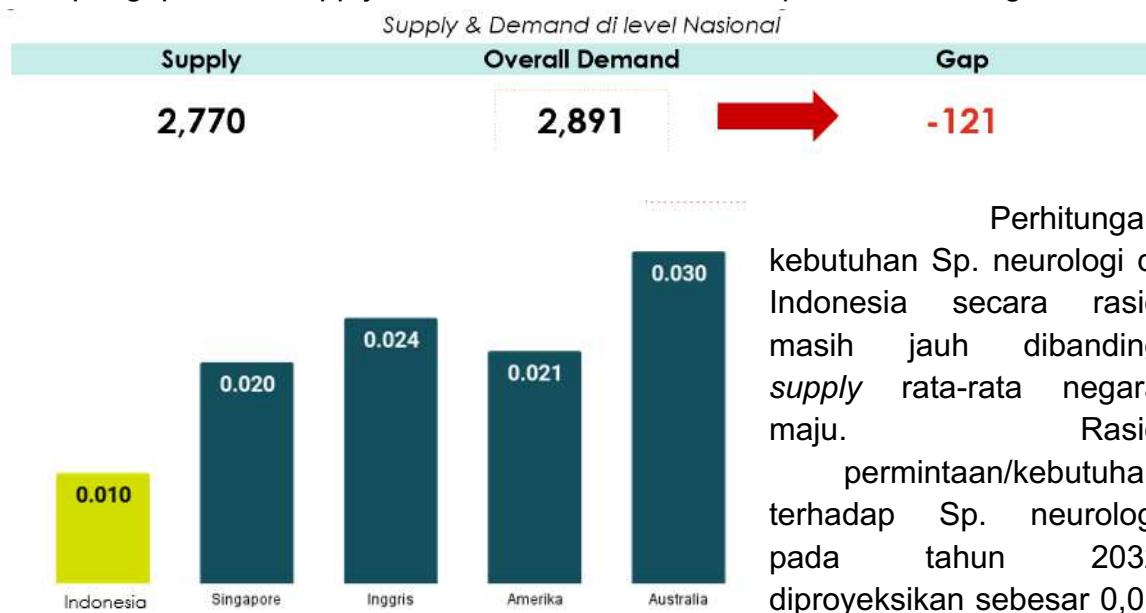
Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Onkologi Radiasi Tahun 2023-2032



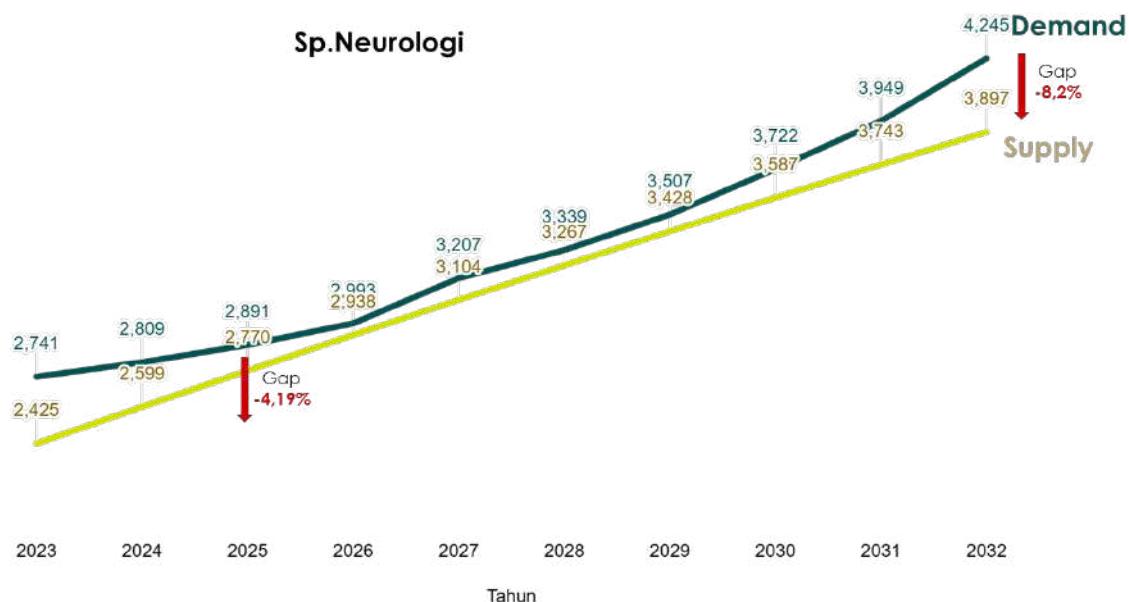
12. DOKTER SPESIALIS NEUROLOGI

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* dan *Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis neurologi tahun 2025 sebesar 2.891, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 2.770 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 121 Spesialis neurologi.



Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Neurologi Tahun 2023-2032

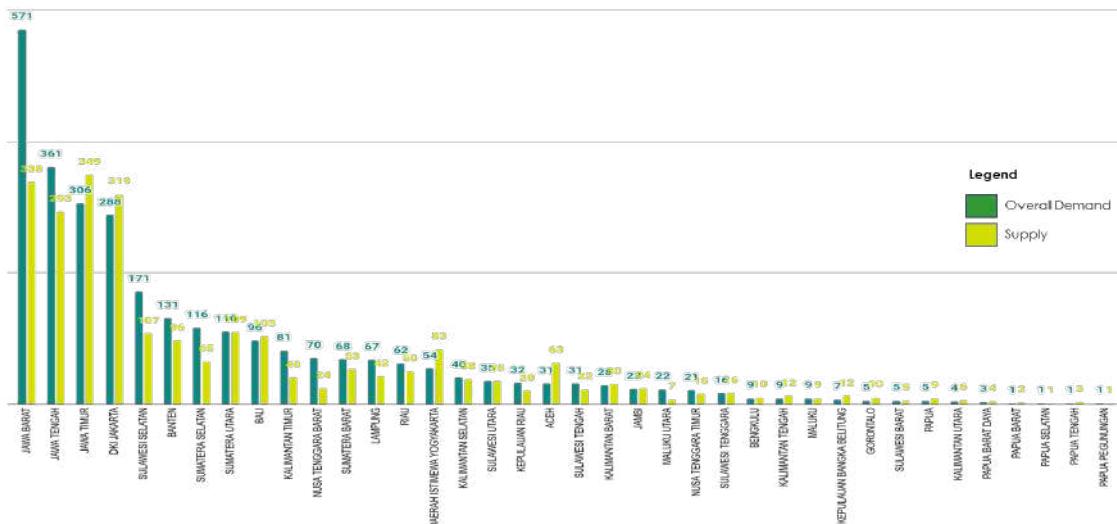


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis neurologi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis neurologi pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis neurologi untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis neurologi. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan spesialis neurologi terbanyak ada di Provinsi Jawa Barat kemudian disusul oleh Jawa Tengah dan Jawa Timur sedangkan untuk kekurangan spesialis neurologi terbanyak terjadi di Provinsi Jawa Barat.

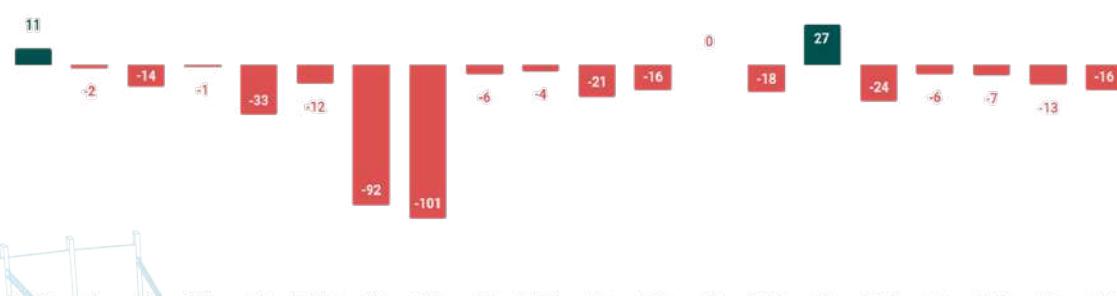
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Neurologi
Menurut Provinsi, Tahun 2024**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. neurologi pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. neurologi, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat ibu kota provinsi yang telah surplus.

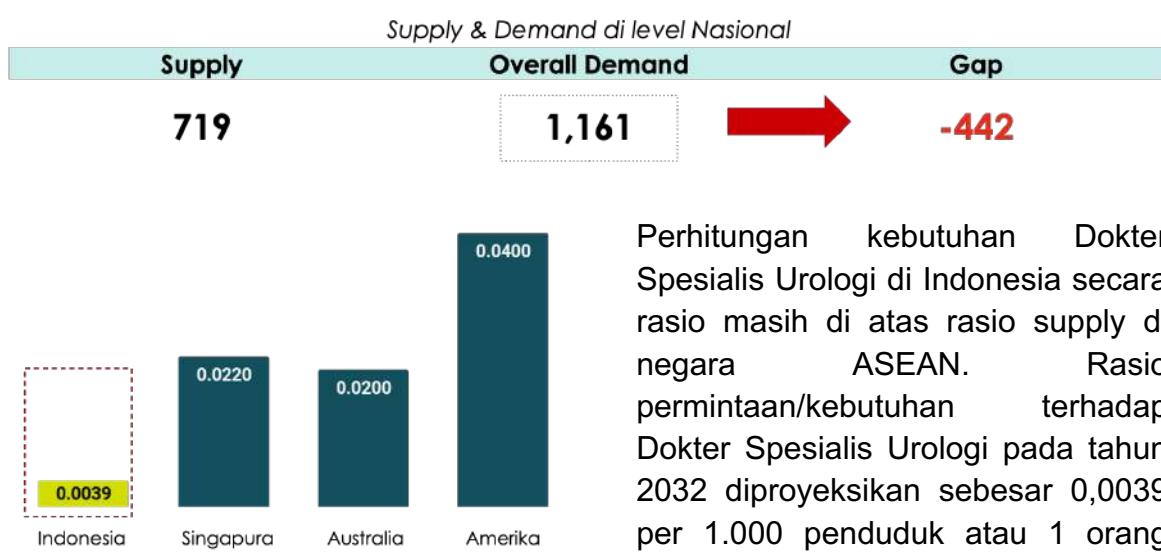
Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Neurologi Tahun 2023-2032



13. DOKTER SPESIALIS UROLOGI

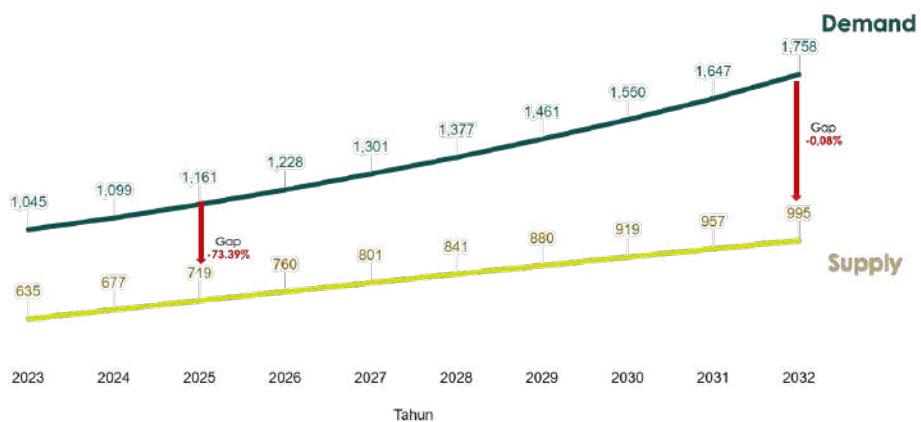
Hasil perhitungan berdasarkan Supply dan Demand didapatkan demand kebutuhan Dokter Spesialis Urologi tahun 2025 sebesar 1.161, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan perhitungan supply dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data di bawah ini terlihat supply pada tahun 2025 sebesar 719 orang, sehingga terdapat gap antara supply dan demand sebesar 442 Dokter Spesialis Urologi.



Pada tahun 2025, supply Dokter Spesialis Urologi mencapai 1 orang melayani sekitar 390.078 penduduk. Sedangkan di Singapura, rasio supply Dokter Spesialis Urologi adalah 1 orang melayani sekitar 45.455 penduduk.

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Urologi Tahun 2025
Menurut Provinsi, Tahun 2025**

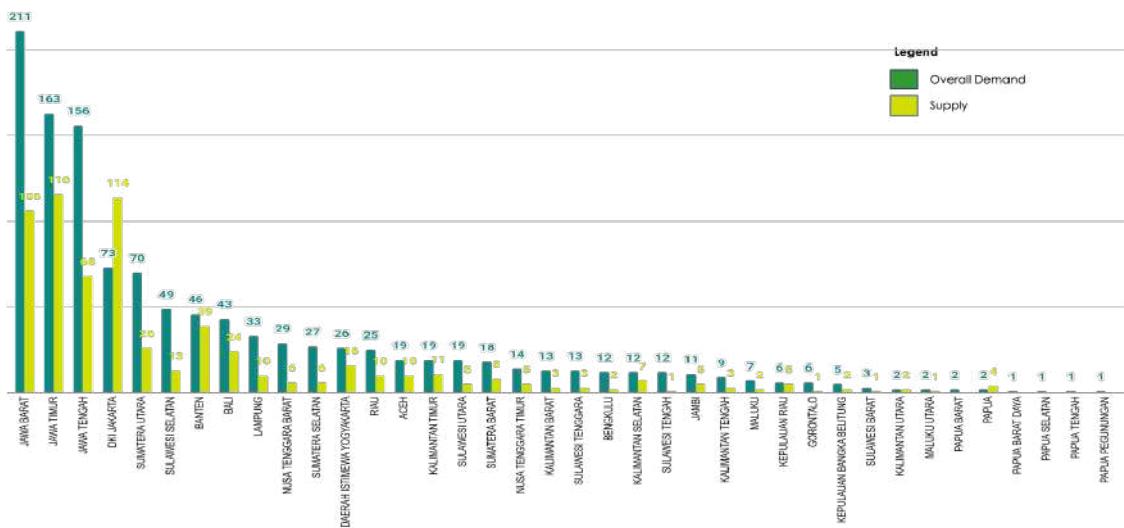


Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Urologi selama 10 tahun menunjukkan bahwa Indonesia mengalami kekurangan tenaga sejak tahun 2023 hingga tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Urologi guna menghindari kesenjangan yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan supply per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Dokter Spesialis Urologi. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Dokter Spesialis Urologi terbanyak ada di Jawa Barat, disusul oleh Jawa Timur dan Jawa Tengah, sedangkan untuk kekurangan Dokter Spesialis Urologi terbanyak terjadi di Jawa Barat, disusul Jawa Tengah dan Jawa Timur.

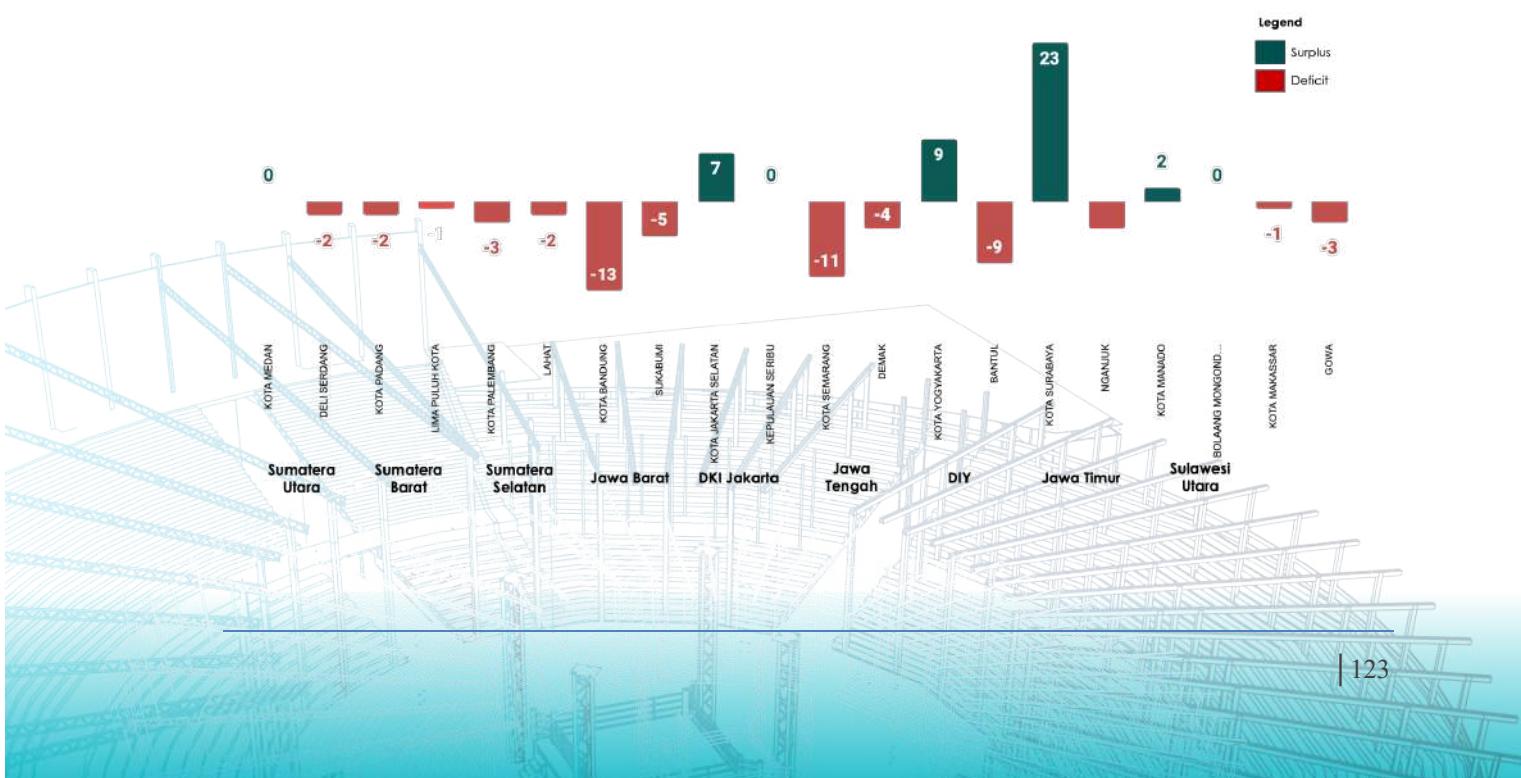
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Urologi
Menurut Provinsi, Tahun 2025**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Dokter Spesialis Urologi pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, masih banyak mengalami kekurangan Dokter Spesialis Urologi.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Urologi Tahun 2023-2032

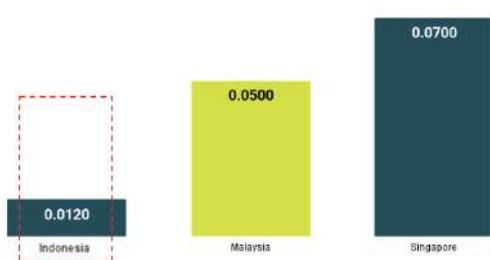


14. DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN JIWA/PSIKIATRI

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* Dan *Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis Jiwa tahun 2025 sebesar 3.783, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

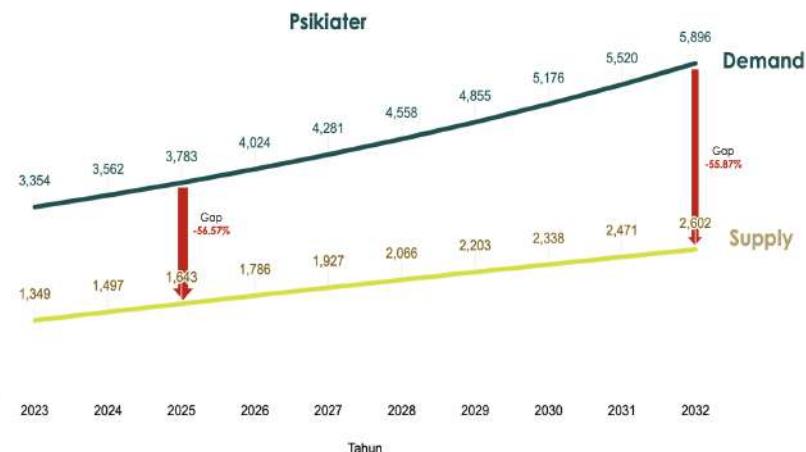
Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 1.643 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 2.140 Spesialis Jiwa.

Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
1.643	3.783	-2.140



Perhitungan kebutuhan Sp. Jiwa di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* sebagian negara ASEAN. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Jiwa pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,012 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. Jiwa melayani 83.333 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Jiwa baru mencapai 1 orang Sp. Jiwa melayani 173.083 penduduk. Sedangkan, Singapura memiliki rasio *supply* Sp. Jiwa telah mencapai 1 orang melayani 14.286 penduduk.

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Tahun
2023-2032**

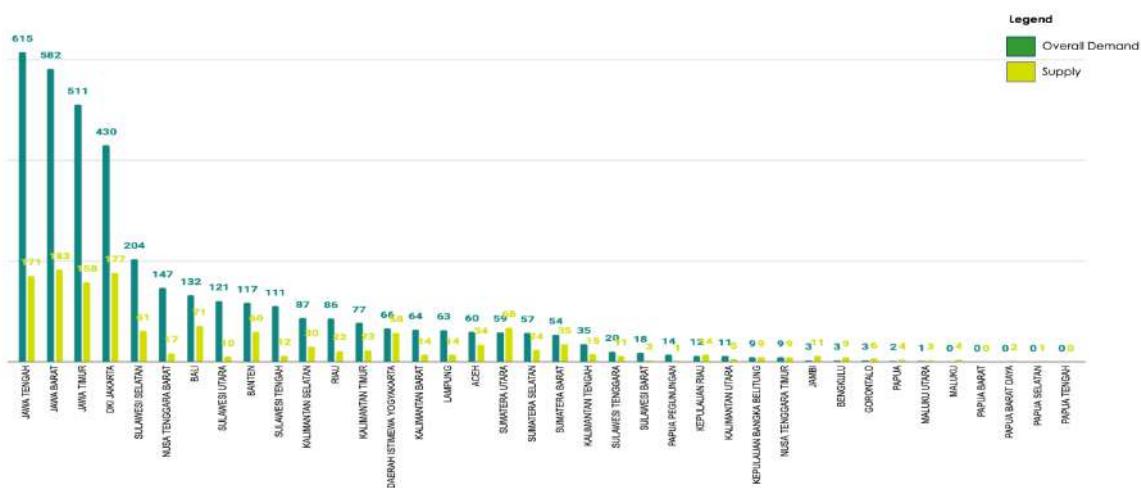


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Jiwa selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Jiwa pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Jiwa untuk menghindari gap yang semakin tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Jiwa. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Spesialis Jiwa terbanyak ada di Jawa Tengah, disusul oleh Jawa Barat dan Jawa Timur, sedangkan untuk kekurangan Spesialis Jiwa terbanyak secara berurutan terjadi di provinsi yang sama, yaitu Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Jawa Timur.

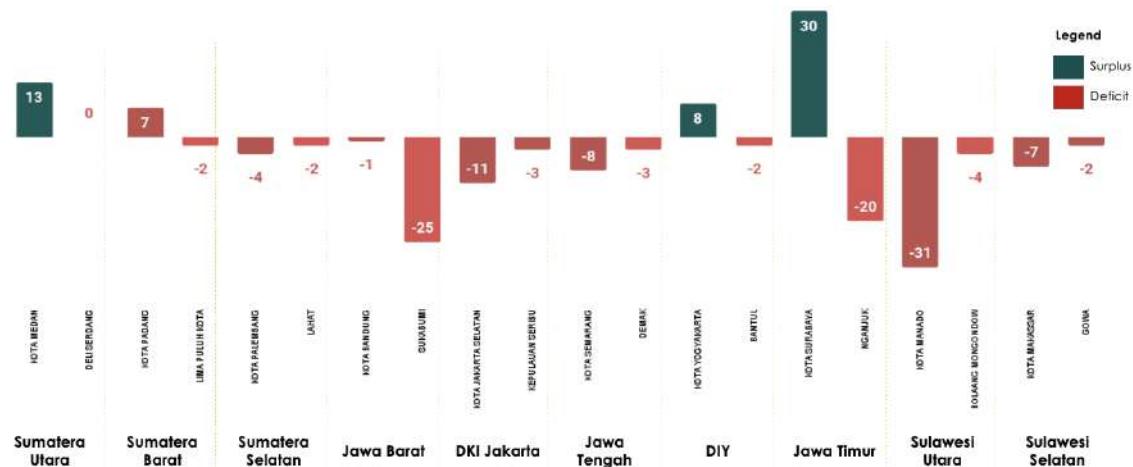
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Jiwa
Menurut Provinsi, Tahun 2025**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Jiwa pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. Jiwa, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat Ibu Kota Provinsi yang telah surplus.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Urologi Tahun 2023-2032



15. DOKTER SPESIALIS BEDAH TORAKS KARDIOVASKULAR

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* Dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskular tahun 2025 sebesar 1.392, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 216 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 1.176 Bedah Toraks Kardiovaskular.

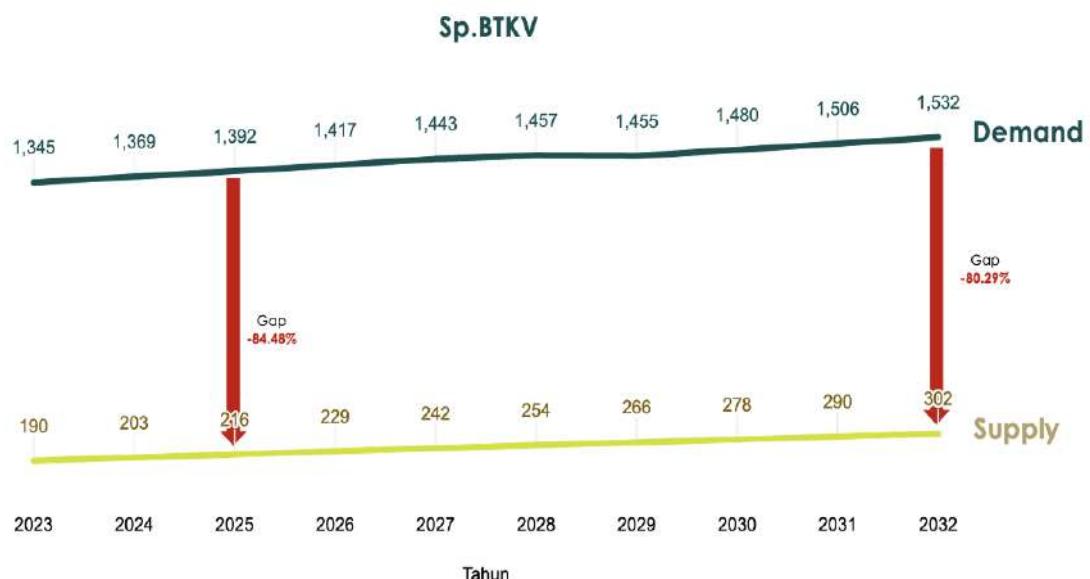
Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
216	1.392	- 1,176



Perhitungan kebutuhan Sp. Bedah Toraks Kardiovaskular di Indonesia secara rasio hampir sama dengan *supply* rata-rata di negara maju. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Bedah Toraks Kardiovaskular pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,0048 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp.

Bedah Toraks Kardiovaskular melayani 208.333 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Bedah Toraks Kardiovaskular baru mencapai 1 orang Sp. Bedah Toraks Kardiovaskular melayani 1.136.000 penduduk. Apabila dibandingkan negara maju, Amerika dan Australia memiliki rasio *supply* Sp. Bedah Toraks Kardiovaskular mencapai 1 orang melayani 200.000 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Bedah Toraks dan Kardiovaskular Tahun 2023-2032

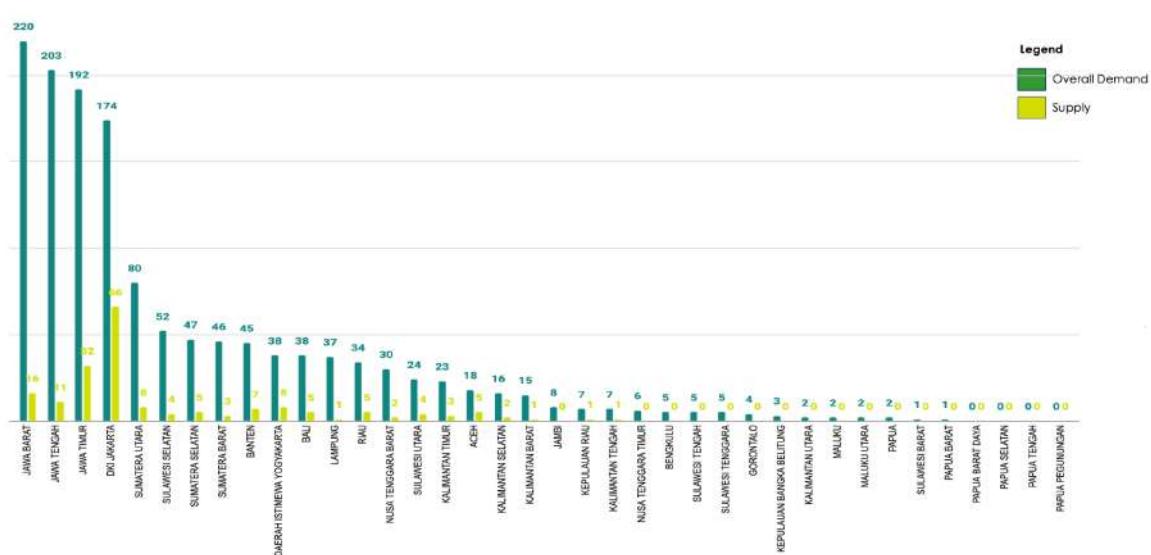


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskular selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskular pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskular untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskular. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskular terbanyak ada di Jawa Barat, disusul oleh Jawa Tengah dan Jawa Timur, sedangkan untuk kekurangan Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskular terbanyak terjadi di provinsi yang sama, yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur.

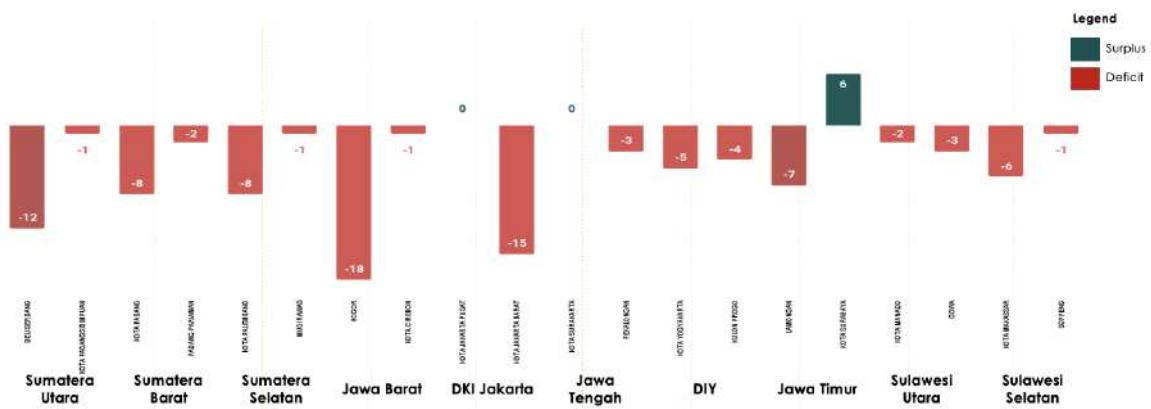
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskular
Menurut Provinsi, Tahun 2025**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Bedah Toraks Kardiovaskular pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. Bedah Toraks Kardiovaskular, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat Ibu Kota Provinsi yang telah surplus.

**Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskular
Tahun 2023-2032**



16. DOKTER SPESIALIS PATOLOGI ANATOMI

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply-Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis Patologi Anatomi tahun 2025 sebesar 2.442, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 904 orang, sehingga terdapat gap antara supply dan demand sebesar 1.538 Spesialis Patologi Anatomi.

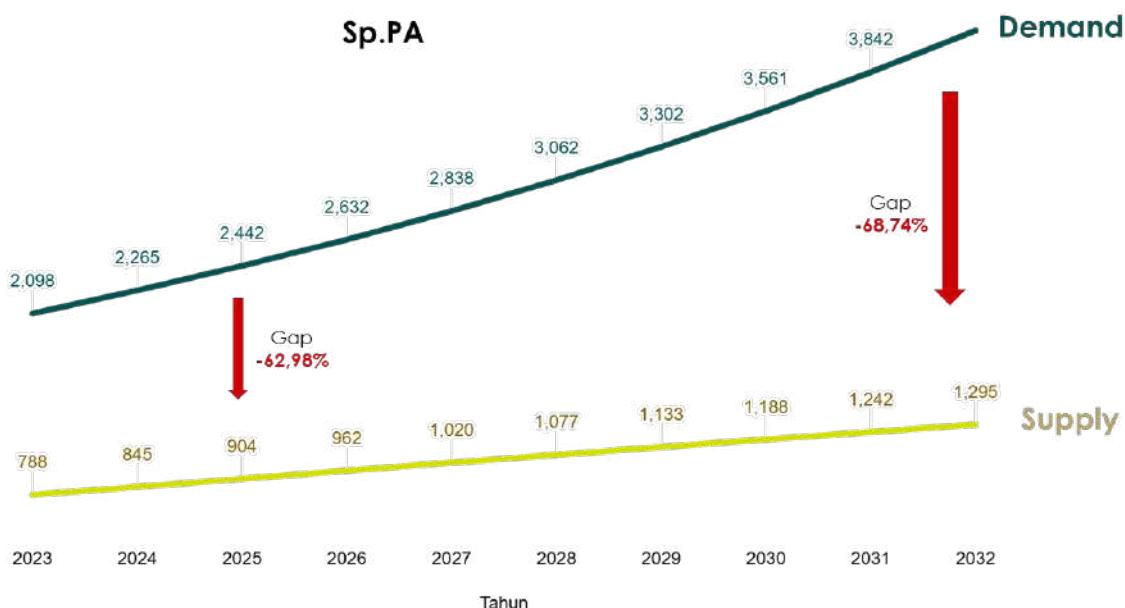
Supply & Demand di level Nasional



Perhitungan kebutuhan Sp.Patologi Anatomi di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* rata-rata negara maju. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Patologi Anatomi pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,0075 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. PA melayani 133.333 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. PA baru mencapai 1 orang Sp. PA

melayani 310.841 penduduk. Sedangkan Inggris rasio *supply* Sp. PA telah mencapai 1 orang melayani 26.316 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Patologi Anatomi Tahun 2023-2032

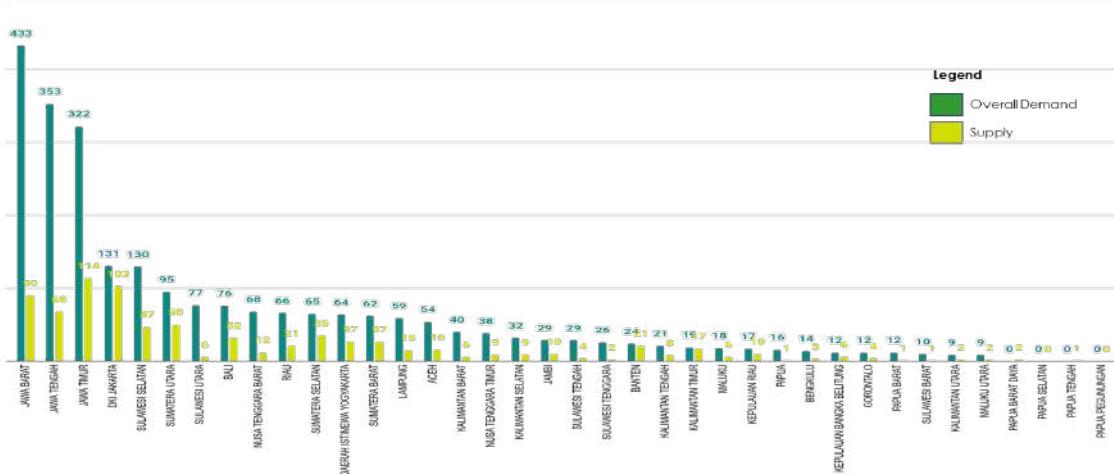


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Patologi Anatomi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Patologi Anatomi pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Patologi Anatomi untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Patologi Anatomi. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan spesialis patologi Anatomi terbanyak ada di Provinsi Jawa Barat kemudian disusul oleh Jawa Tengah dan Jawa Timur sedangkan untuk kekurangan spesialis patologi Anatomi terbanyak terjadi di Provinsi Jawa Barat.

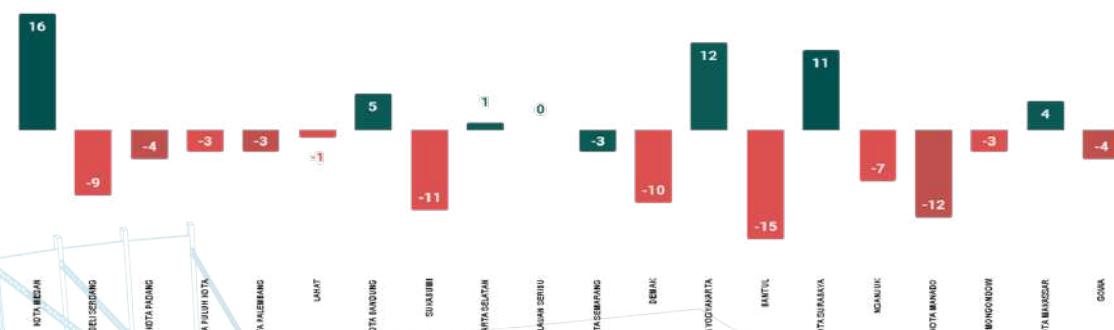
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Patologi Anatomi
Menurut Provinsi, Tahun 2025**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Patologi Anatomi pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. PA, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat ibu kota provinsi yang telah surplus.

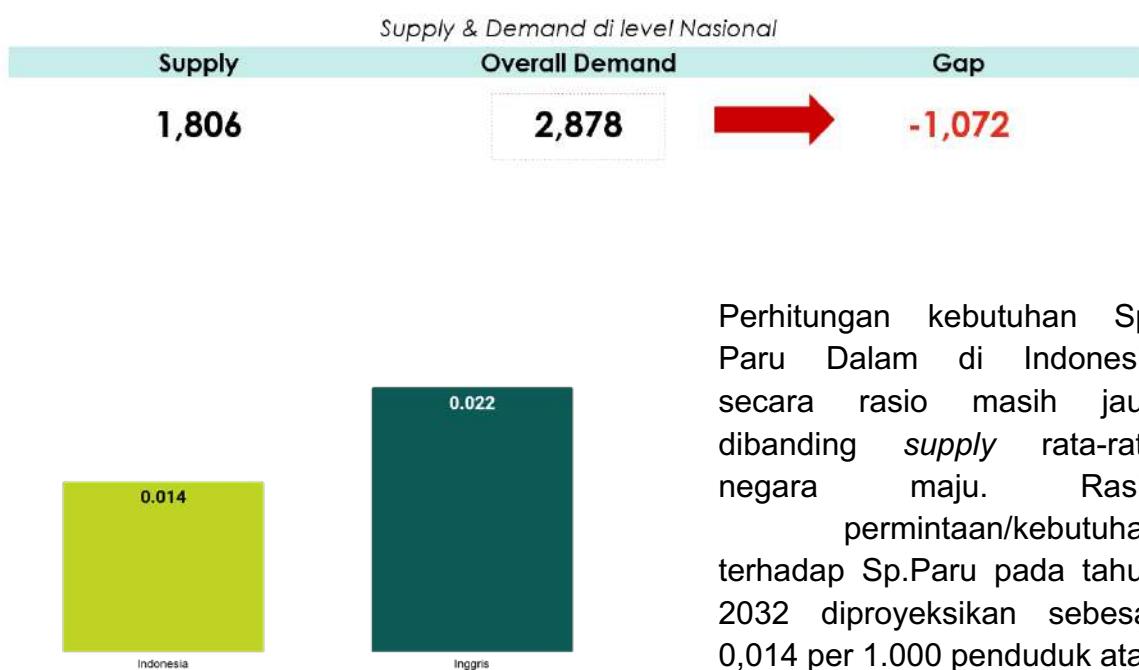
Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Patologi Anatomi Tahun 2023-2032



17. DOKTER SPESIALIS PULMONOLOGI DAN KEDOKTERAN RESPIRASI (PARU)

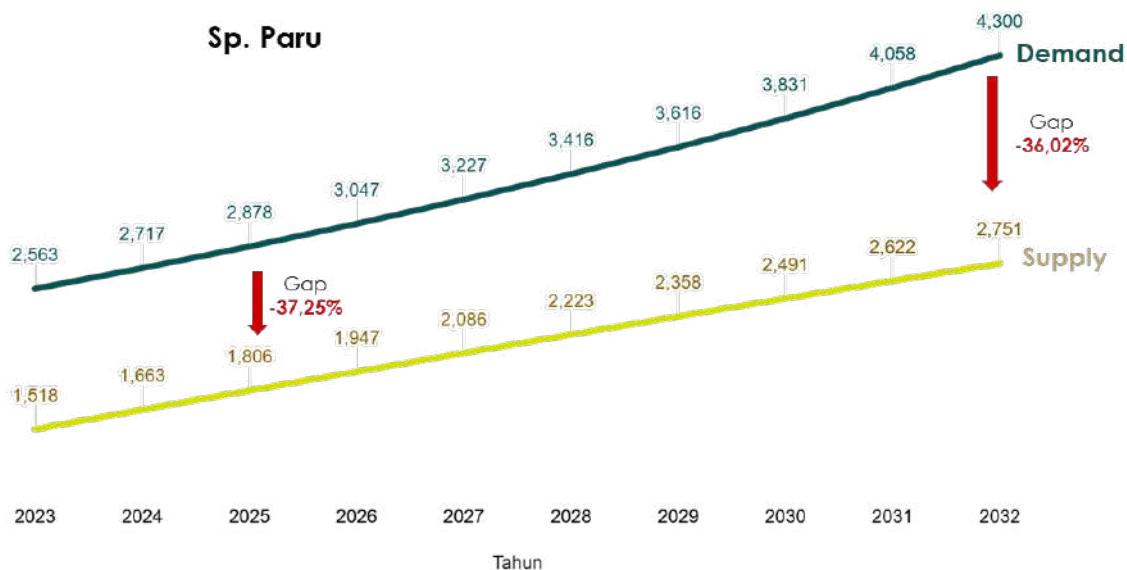
Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* dan *Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis paru tahun 2025 sebesar 2.878, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 1.611 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan demand sebesar 1.072 Spesialis paru.



71.429 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Paru baru mencapai 1 orang Sp. Paru melayani 155.592 penduduk. Sedangkan Inggris rasio *supply* Sp. Paru telah mencapai 1 orang melayani 45.455 penduduk.

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Pulmonologi dan
Kedokteran Respirasi Tahun 2023-2032**

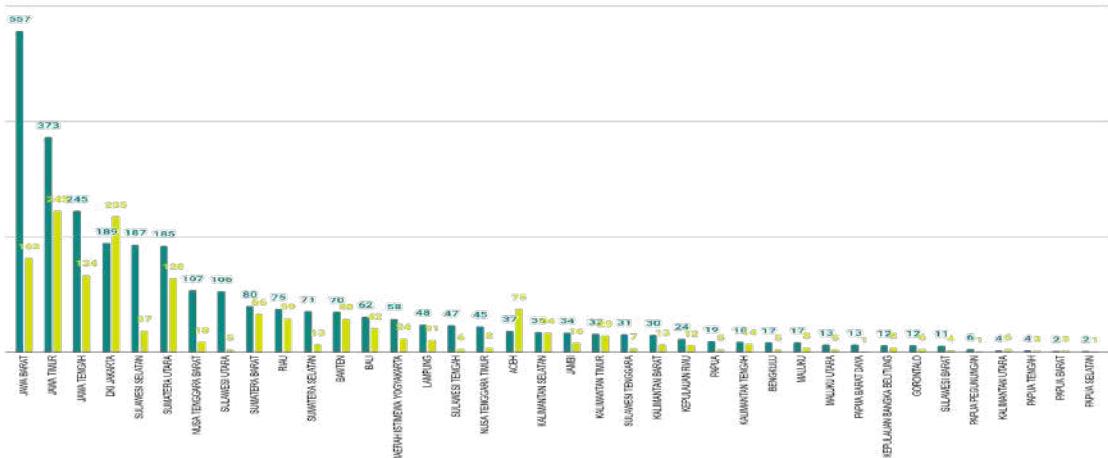


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Paru selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Paru pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Paru untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Paru. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan spesialis Paru terbanyak ada di Provinsi Jawa Barat kemudian disusul oleh Jawa Timur dan Jawa Tengah sedangkan untuk kekurangan spesialis Paru terbanyak terjadi di Provinsi Jawa Barat.

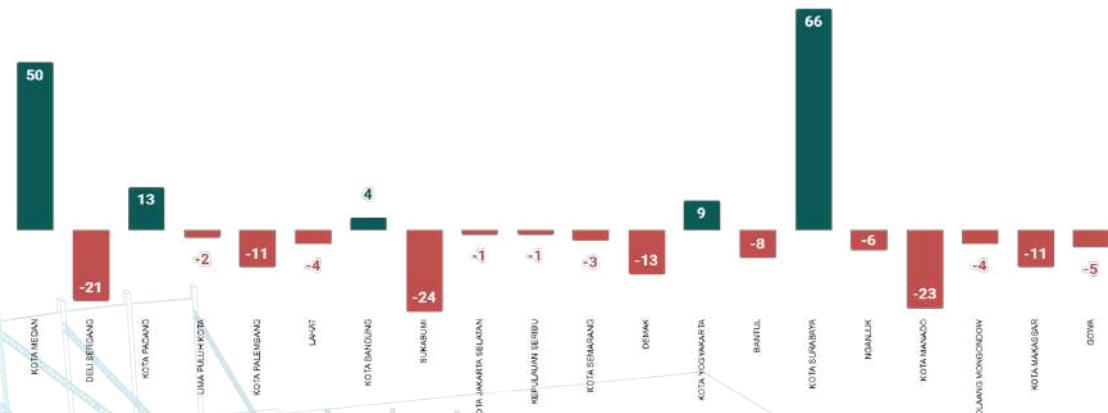
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Paru
Menurut Provinsi Tahun 2025**



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Paru pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. Paru, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat ibu kota provinsi yang telah surplus.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Paru Tahun 2023-2032



18. DOKTER SPESIALIS TELINGA HIDUNG TENGGOROK - BEDAH KEPALA DAN LEHER

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply-Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis THT-KL tahun 2025 sebesar 2.200, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 2.231 orang, sehingga terdapat *surplus* pada Spesialis THT-KL yaitu sebanyak 31 orang Spesialis THT-KL.



Perhitungan kebutuhan Sp. THT-KL di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* rata-rata negara maju, termasuk negara ASEAN. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. THT-KL pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,007 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. THT-KL melayani 142.857 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. THT-KL baru

mencapai 1 orang Sp. THT-KL melayani 125.952 penduduk. Sedangkan Malaysia rasio *supply* Sp. THT-KL telah mencapai 1 orang melayani 20.000 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Telinga Hidung Tenggorok - Bedah Kepala dan Leher Tahun 2023-2032



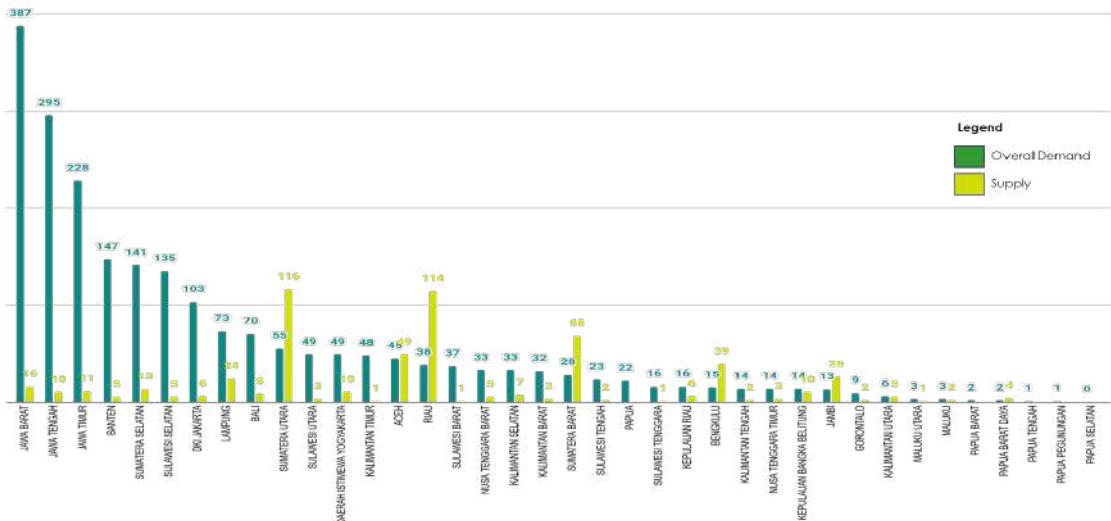
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis THT-KL selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami surplus Spesialis Obgyn pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Obgyn untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa walaupun terjadi surplus tetapi hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis THT-KL. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan spesialis THT-KL terbanyak ada di Provinsi Jawa Barat kemudian disusul oleh Jawa Tengah dan Jawa Timur sedangkan untuk kekurangan spesialis THT-KL terbanyak terjadi di Provinsi Jawa Barat.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis THT- KL

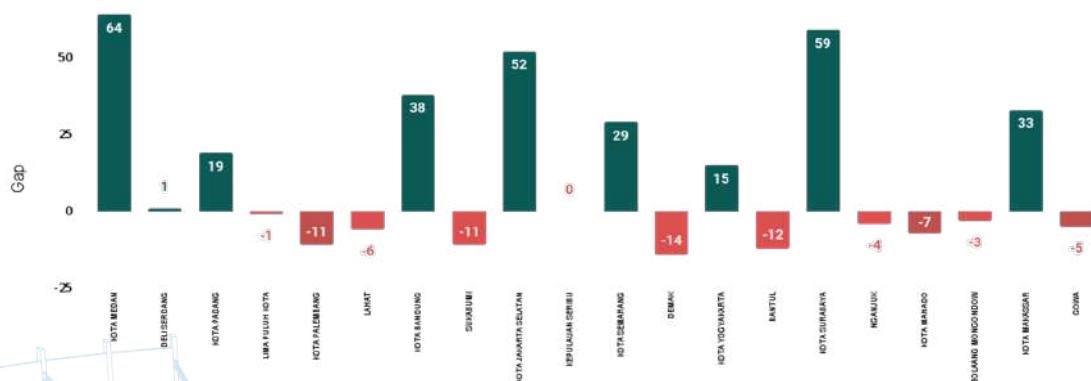
Menurut Provinsi Tahun 2025

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. THT-KL pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi surplus Sp. THT-KL, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat beberapa kabupaten/kota yang masih kekurangan spesialis THT-KL.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis THT-KL Tahun 2023-2032

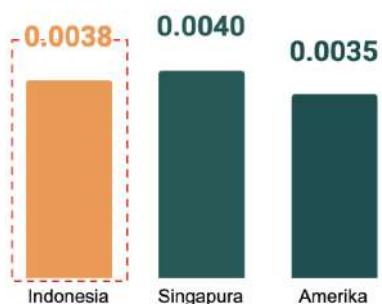


19. DOKTER SPESIALIS BEDAH ANAK

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply Dan Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis Bedah Anak tahun 2025 sebesar 932, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 196 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 736 Spesialis Bedah Anak.

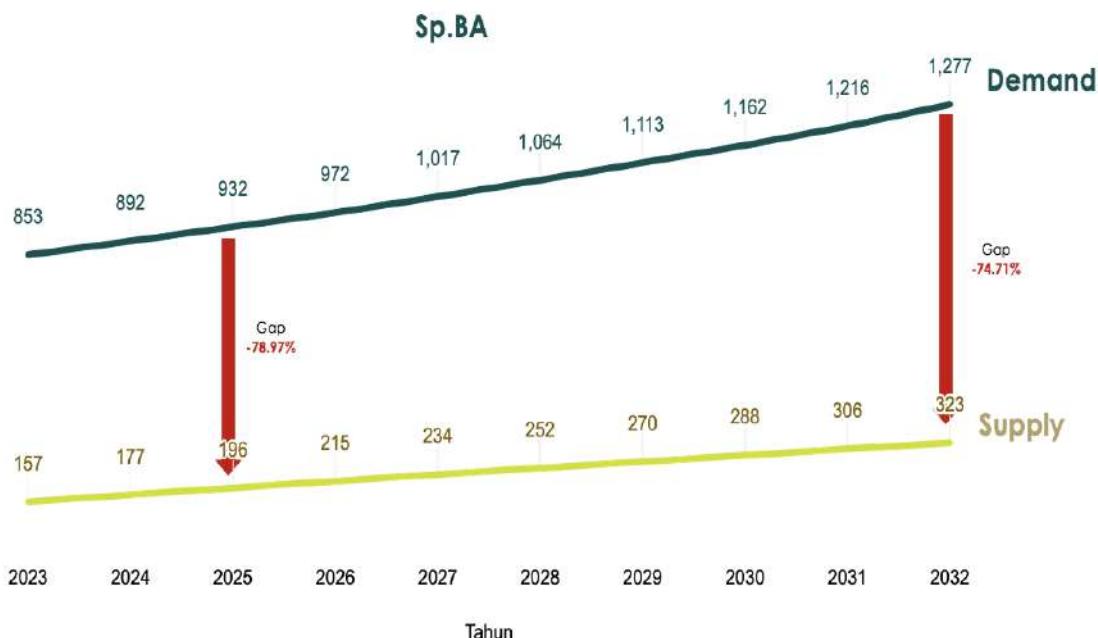
Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
196	932	-736



Perhitungan kebutuhan Sp. Bedah Anak di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* rata-rata negara maju, termasuk negara ASEAN. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Bedah Anak pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,0038 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. Bedah Anak melayani 263.158 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Bedah Anak baru mencapai 1 orang Sp. Bedah Anak melayani 1.450.000 penduduk. Sedangkan, Singapura memiliki rasio *supply* Sp. Bedah Anak telah mencapai 1 orang melayani 250.000 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Bedah Anak Tahun 2023-

2032

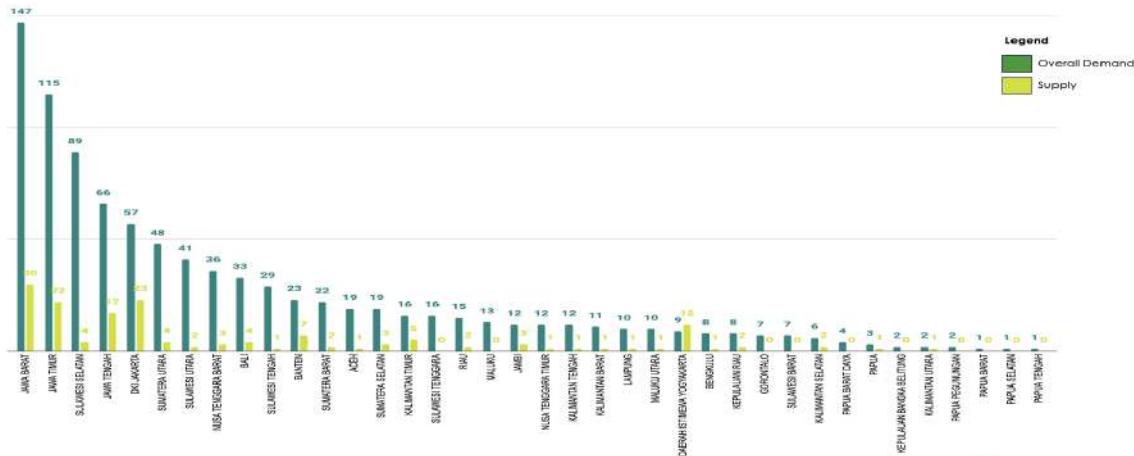


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Bedah Anak selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Bedah Anak pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Bedah Anak untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Bedah Anak. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Spesialis Bedah Anak terbanyak ada di Jawa Barat, disusul oleh Jawa Timur dan Sulawesi Selatan, sedangkan untuk kekurangan Spesialis Bedah Anak terbanyak secara berurutan terjadi di terjadi provinsi yang sama, yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan.

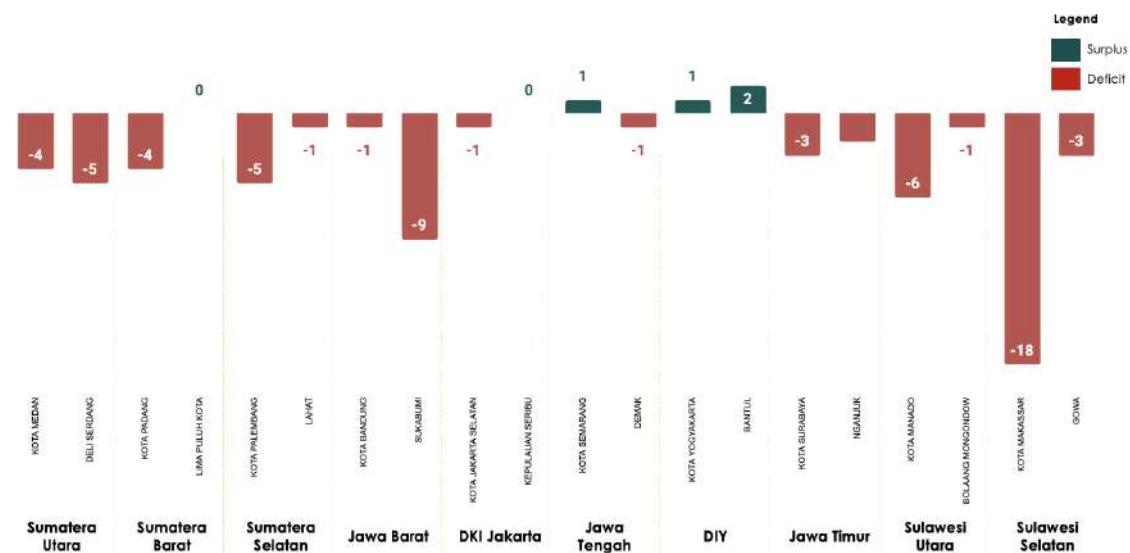
**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Bedah Anak
Menurut Provinsi Tahun 2025**

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Bedah Anak pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. Bedah Anak, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat Ibu Kota Provinsi yang telah surplus.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Bedah Anak Tahun 2023-2032

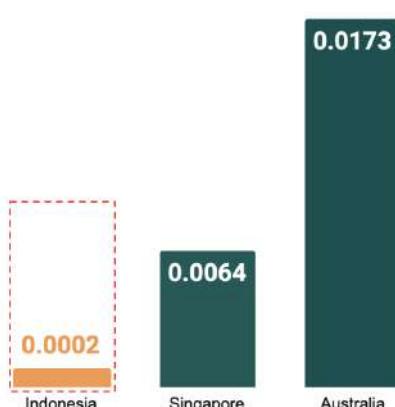


20. DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN NUKLIR DAN TERANOSTIK MOLEKULER

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply Dan Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis Kedokteran Nuklir tahun 2025 sebesar 101, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 66 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 35 Spesialis Kedokteran Nuklir.

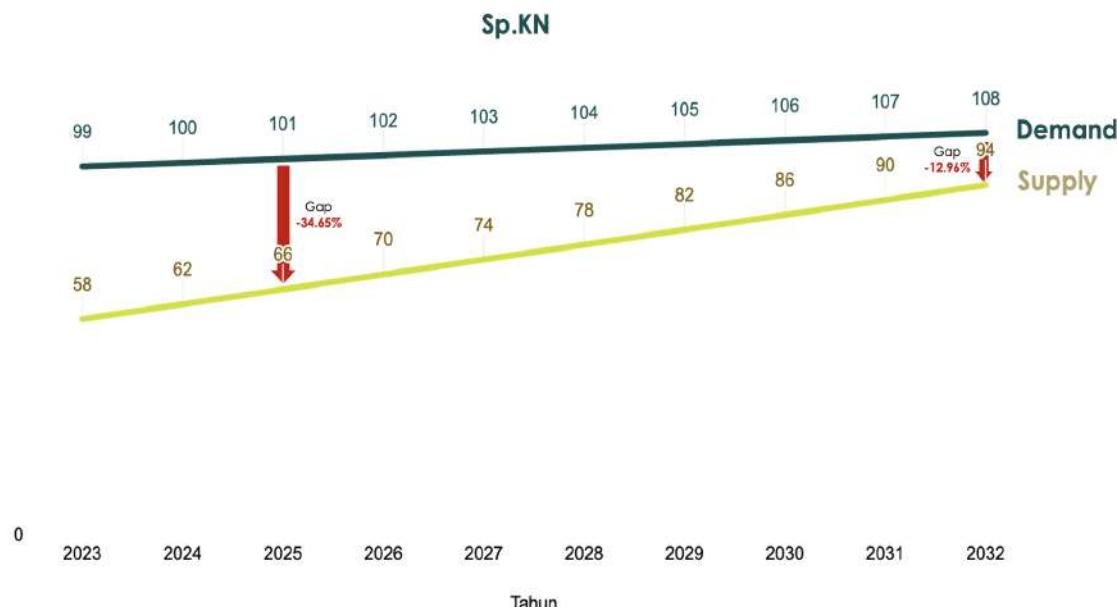
Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
66	101	-35



Perhitungan kebutuhan Sp. Kedokteran Nuklir di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* beberapa negara maju, termasuk negara ASEAN. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Kedokteran Nuklir pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,0002 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. Kedokteran Nuklir melayani 5.000.000 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Kedokteran Nuklir baru mencapai 1 orang Sp. Kedokteran Nuklir melayani 4.300.000 penduduk. Sedangkan, Singapura memiliki rasio *supply*

Sp. Kedokteran Nuklir telah mencapai 1 orang melayani 156.250 penduduk.

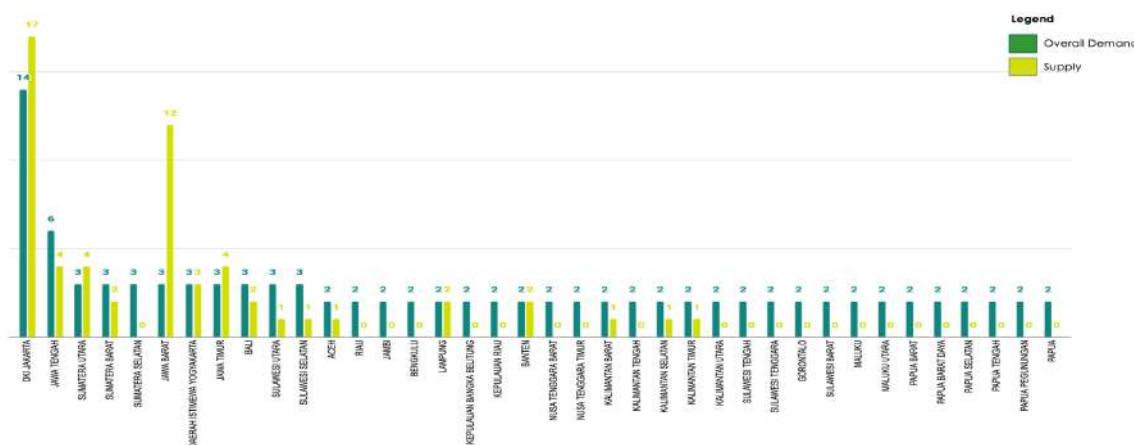
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Kedokteran Nuklir Tahun 2023-2032



Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Kedokteran Nuklir selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Kedokteran Nuklir pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Kedokteran Nuklir untuk menghindari gap yang tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis Kedokteran Nuklir. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Spesialis Kedokteran Nuklir terbanyak ada di DKI Jakarta, disusul oleh Jawa Tengah dan Sumatera Utara, sedangkan untuk kekurangan Spesialis Kedokteran Nuklir terbanyak secara berurutan terjadi di Sumatera Selatan, Jawa Tengah, dan Sulawesi Utara.

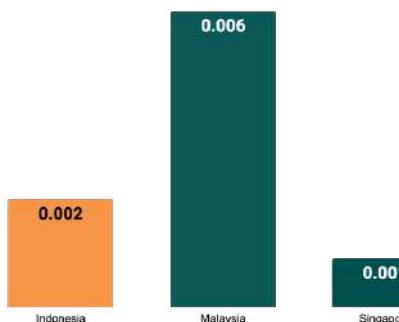
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Kedokteran Nuklir
Menurut Provinsi Tahun 2025



21. DOKTER SPESIALIS BEDAH SARAF

Hasil perhitungan berdasarkan Supply dan Demand didapatkan demand kebutuhan Dokter Spesialis Bedah Saraf tahun 2025 sebesar 874, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan perhitungan supply dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data di bawah ini terlihat supply pada tahun 2025 sebesar 592 orang, sehingga terdapat gap antara supply dan demand sebesar 282 Dokter Spesialis Bedah Saraf.

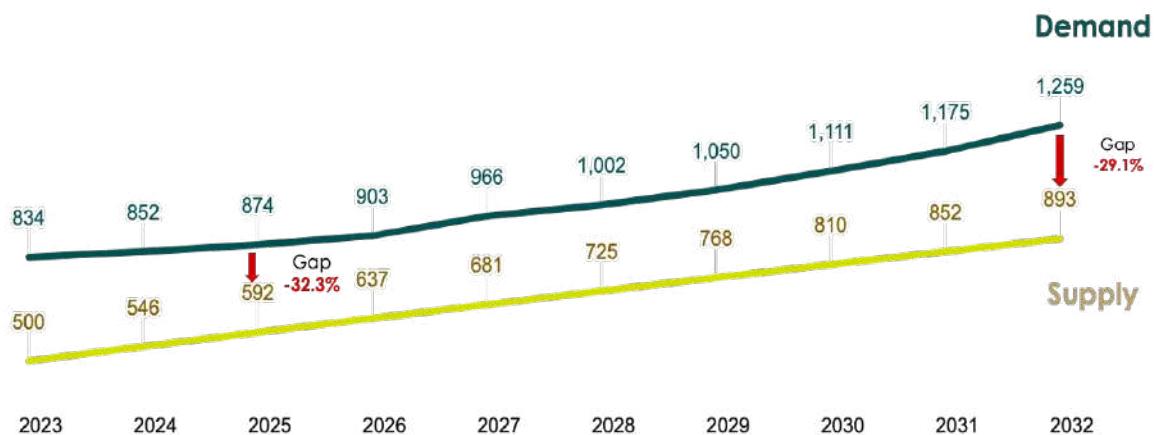


Supply & Demand di level Nasional

Supply	Overall Demand	Gap
592	874	-282

Perhitungan kebutuhan Dokter Spesialis Bedah Saraf di Indonesia secara rasio menunjukkan bahwa Indonesia sudah berada di atas rasio supply negara seperti Singapura, namun masih berada di bawah Malaysia dan Australia. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Dokter Spesialis Bedah Saraf pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,002 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani sekitar 500.000 penduduk. Pada tahun 2025, supply Dokter Spesialis Bedah Saraf mencapai 1 orang melayani sekitar 474.662 penduduk. Sedangkan di Singapura, rasio supply Dokter Spesialis Bedah Saraf adalah 1 orang melayani sekitar 1.000.000 penduduk, dan di Malaysia serta Australia, rasio supply masing-masing setara dengan 1 orang melayani sekitar 166.667 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Bedah Saraf Tahun 2023-2032



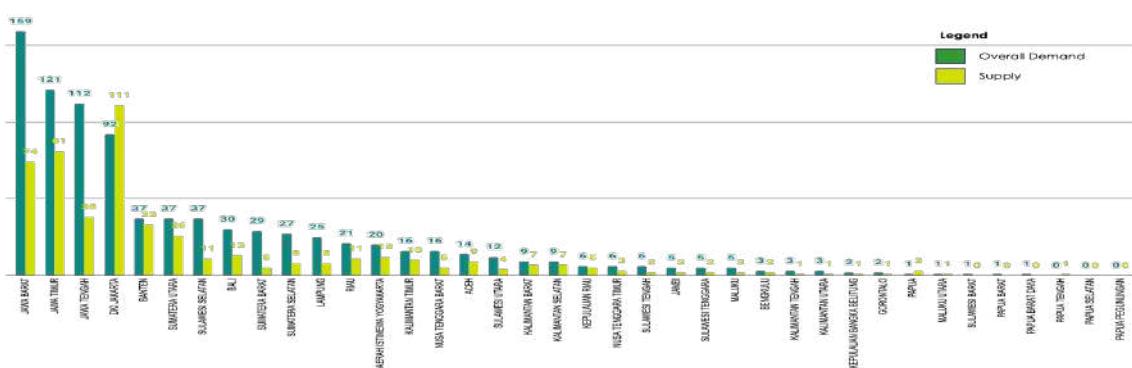
Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Bedah Saraf selama 10 tahun menunjukkan bahwa Indonesia mengalami kekurangan tenaga sejak tahun 2023 hingga tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Bedah Saraf guna menghindari kesenjangan yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan supply per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Dokter Spesialis Bedah Saraf. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Dokter Spesialis Bedah Saraf terbanyak ada di Jawa Barat, disusul oleh Jawa Timur dan Jawa Tengah, sedangkan untuk kekurangan Dokter Spesialis Bedah Saraf terbanyak terjadi di Jawa Barat, disusul Jawa Tengah dan Jawa Timur.

Blueprint

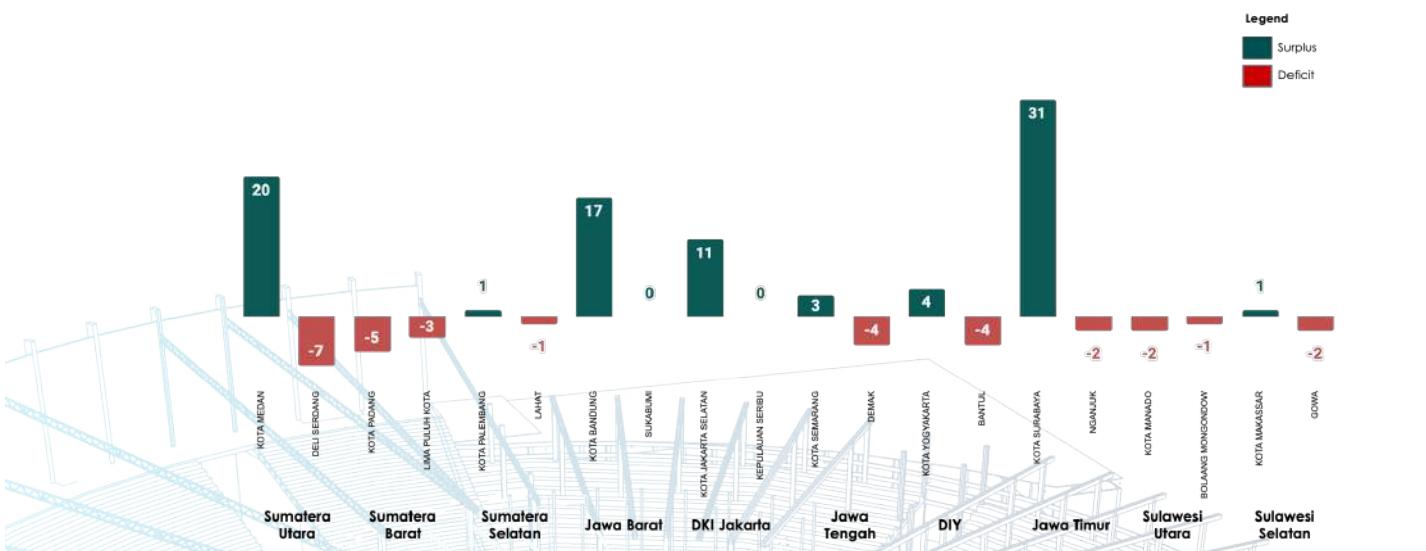
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Bedah Saraf Menurut Provinsi Tahun 2025



Estimasi kesenjangan kebutuhan Dokter Spesialis Bedah Saraf pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak menunjukkan ketidakmerataan distribusi. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa dari 20 sampel yang dianalisis, 10 wilayah sudah memenuhi kebutuhan bahkan mengalami surplus, sementara 10 wilayah lainnya masih mengalami kekurangan. Hal ini mencerminkan tantangan dalam pemerataan tenaga Dokter Spesialis Bedah Saraf di berbagai daerah.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Bedah Saraf Tahun 2023-2032

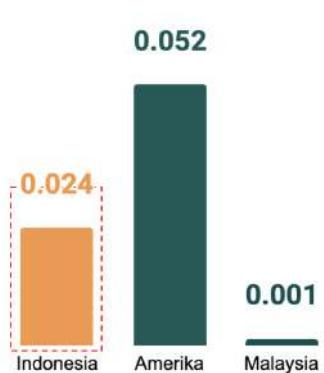


22.DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN FORENSIK & MEDIKOLEGAL

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply Dan Demand* didapatkan demand kebutuhan Spesialis Forensik dan Medikolegal tahun 2025 sebesar 1.991, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

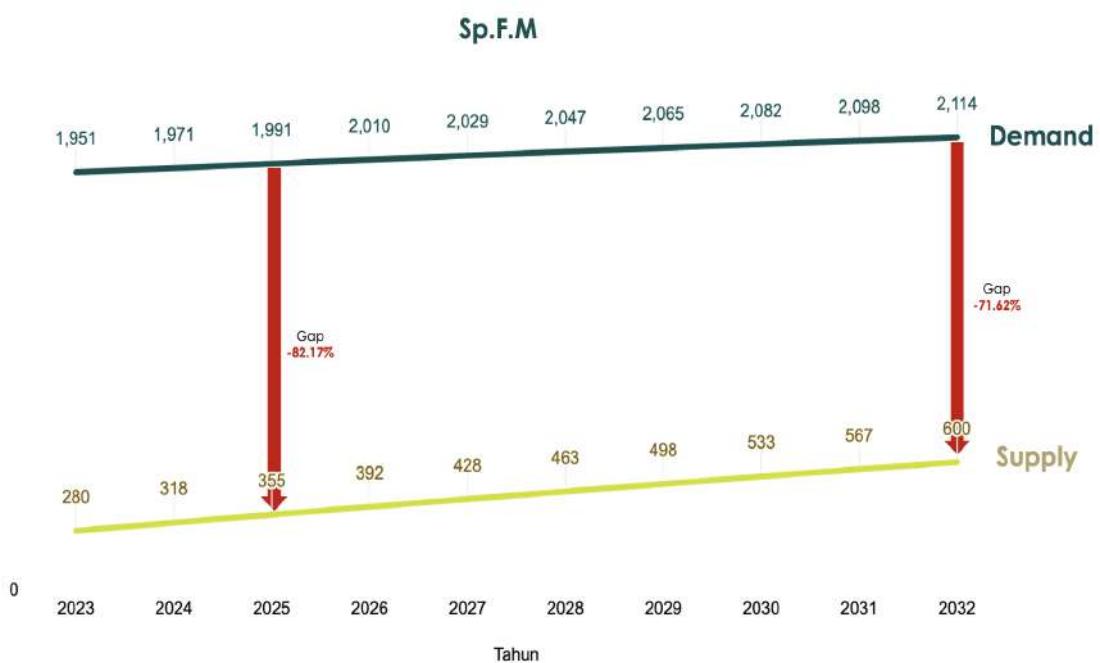
Sedangkan perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 355 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan demand sebesar 1.636 Spesialis Forensik dan Medikolegal.

Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
355	1.991	-1.636



Perhitungan kebutuhan Sp. Forensik dan Medikolegal di Indonesia secara rasio masih lebih rendah dibanding *supply* beberapa negara maju. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Sp. Forensik dan Medikolegal pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,024 per 1.000 penduduk atau 1 orang Sp. Forensik dan Medikolegal melayani 41.667 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Sp. Forensik dan Medikolegal baru mencapai 1 orang Sp. Forensik dan Medikolegal melayani 133.175 penduduk. Sedangkan, Amerika memiliki rasio *supply* Sp. Forensik dan Medikolegal telah mencapai 1 orang melayani 801.239 penduduk.

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Forensik dan Medikolegal
Tahun 2023-2032**



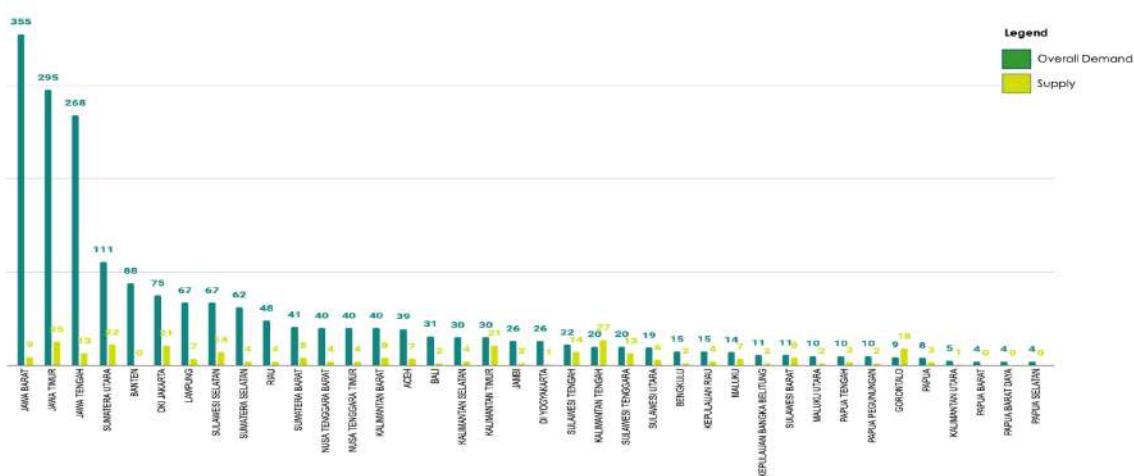
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Spesialis Forensik dan Medikolegal selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Spesialis Forensik dan Medikolegal pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Spesialis Forensik dan Medikolegal untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Spesialis

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Forensik dan Medikolegal. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Spesialis Forensik dan Medikolegal terbanyak ada di Jawa Barat, disusul oleh Jawa Timur dan Jawa Tengah, sedangkan untuk kekurangan Spesialis Forensik dan Medikolegal terbanyak terjadi di provinsi yang sama, yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah.

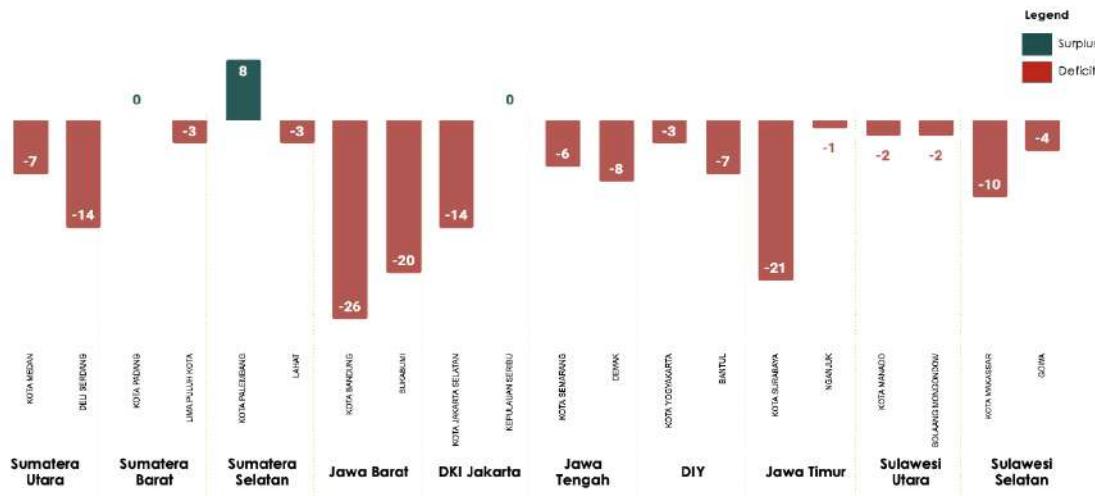
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Forensik dan Medikolegal Menurut Provinsi Tahun 2025



Estimasi kesenjangan kebutuhan Sp. Forensik dan Medikolegal pada sampel Ibu Kota Provinsi dan Salah Satu Kabupaten secara acak. Meskipun perhitungan kebutuhan di tingkat provinsi terjadi kekurangan Sp. Forensik dan Medikolegal, tetapi distribusi di tingkat kabupaten/kota terdapat Ibu Kota Provinsi yang telah surplus.

Grafik Gap Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Forensik dan Medikolegal Tahun 2023-2032

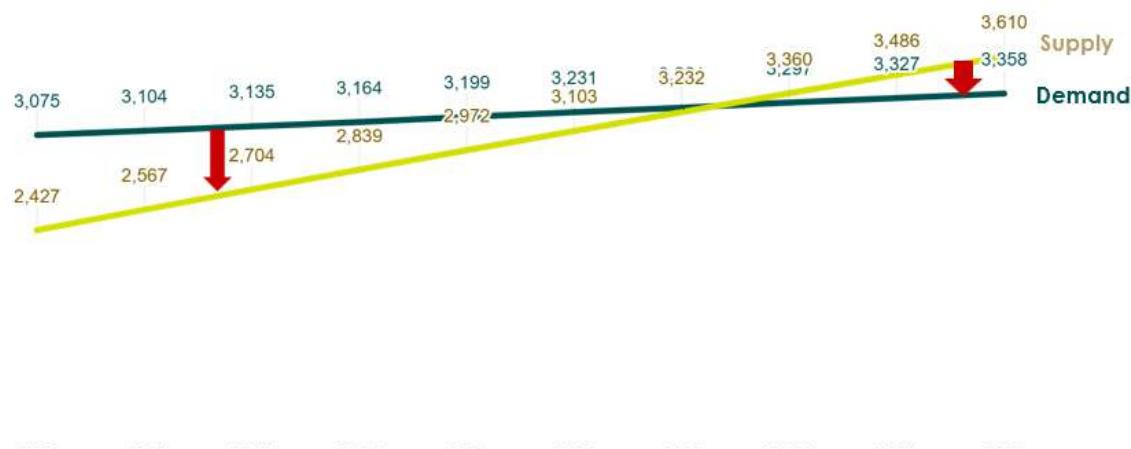
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



23. DOKTER SPESIALIS ILMU KESEHATAN MATA

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Mata selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Mata pada tahun 2023 sampai tahun 2029. Sedangkan pada tahun 2030, Dokter Spesialis Mata sudah terpenuhi menurut proyeksi supply dan demand.

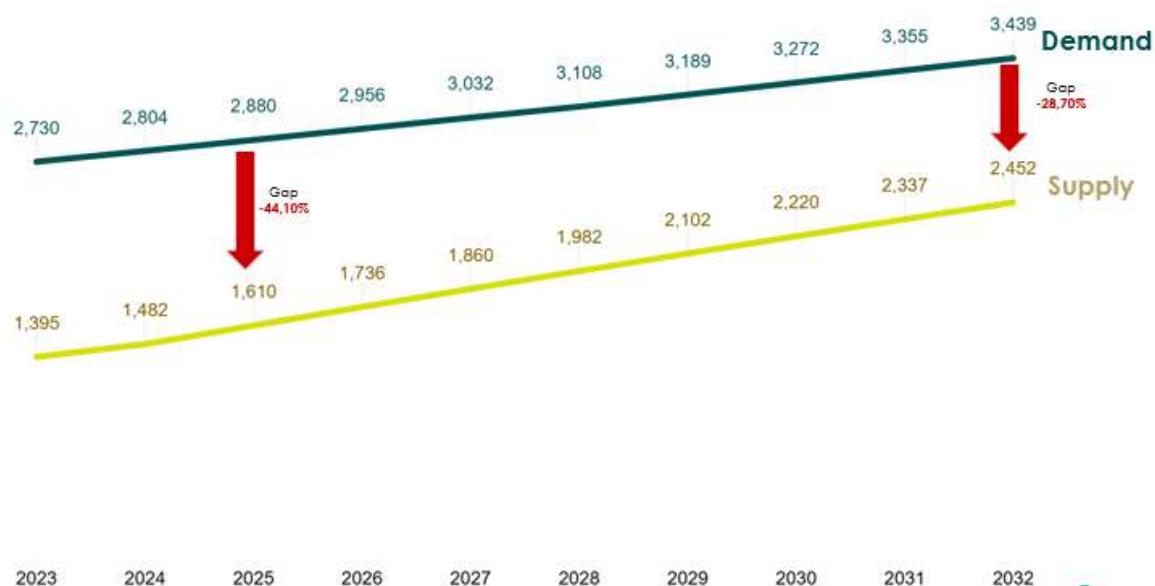
Grafik Proyeksi Kebutuhan supply-demand dokter Spesialis Mata Tahun 2023-2032



24. DOKTER SPESIALIS ORTHOPAEDI DAN TRAUMATOLOGI

Hasil proyeksi supply dan *demand* Dokter Spesialis Orthopaedi dan Traumatologi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Orthopaedi dan Traumatologi pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Orthopaedi dan Traumatologi untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Orthopaedi dan Traumatologi Tahun 2023-2032

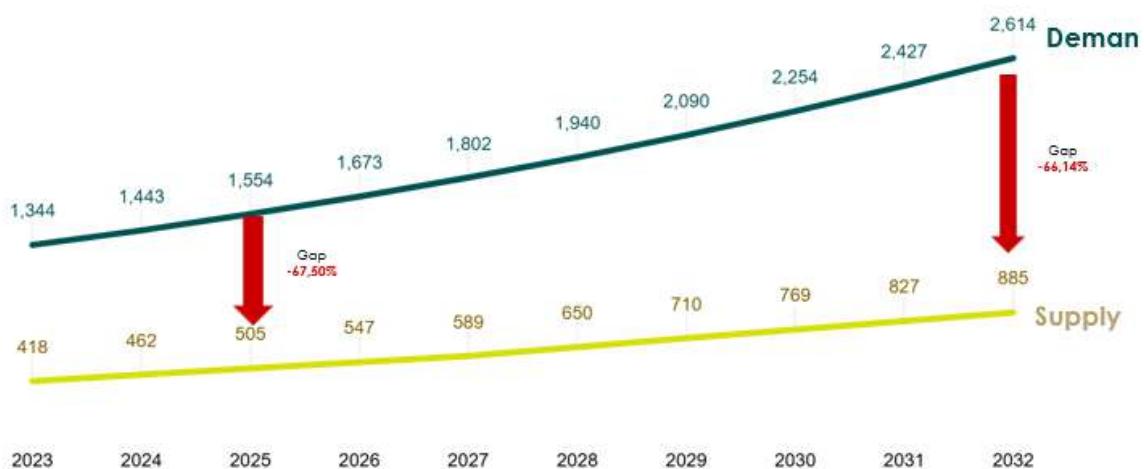


25. DOKTER SPESIALIS GIZI KLINIK

Hasil proyeksi supply dan *demand* Dokter Spesialis Gizi Klinik selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Gizi

Klinik pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Gizi Klinik untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

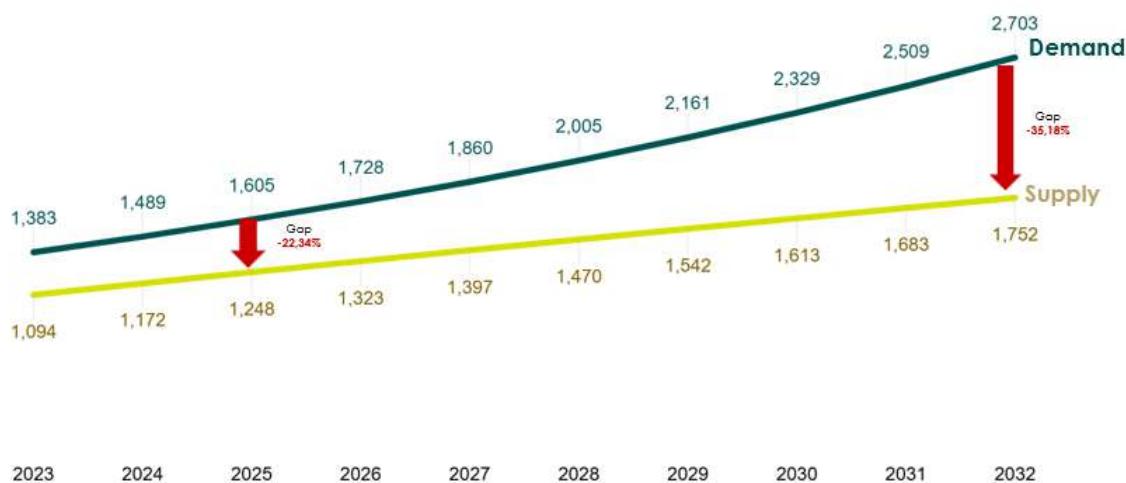
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Gizi Klinik Tahun 2023-2032



26. DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN FISIK DAN REHABILITASI MEDIK

Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Medik selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Medik pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Medik untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Grafik Proyeksi Kebutuhan supply-demand Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Medik Tahun 2023-2032



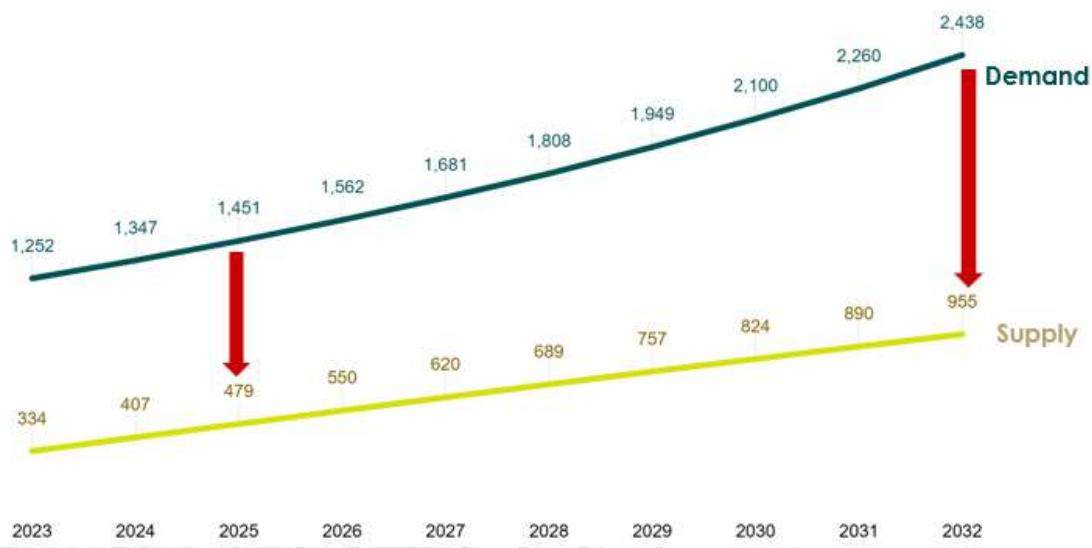
27. DOKTER SPESIALIS PARASITOLOGI KLINIK

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Parasitologi Klinik selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Parasitologi Klinik pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Parasitologi Klinik untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

28. DOKTER SPESIALIS MIKROBIOLOGI KLINIK

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

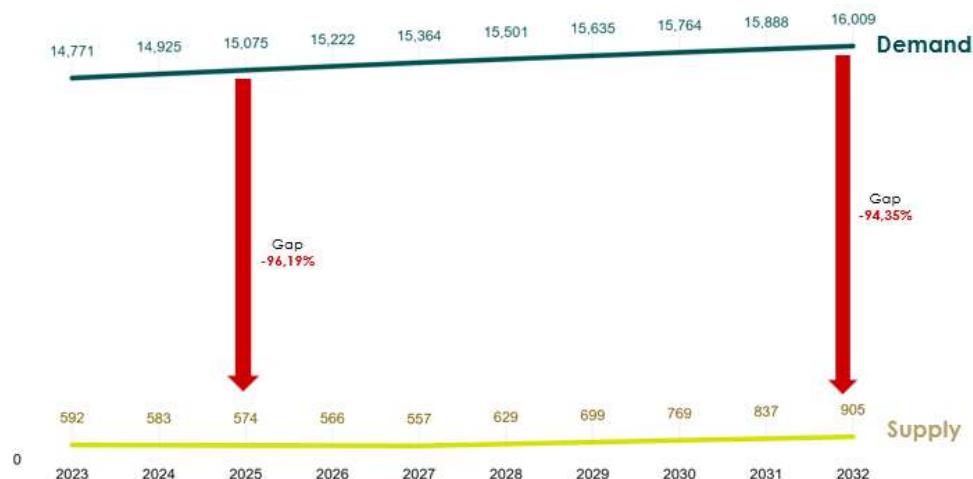
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik Tahun 2023-2032



29. DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer Medik untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

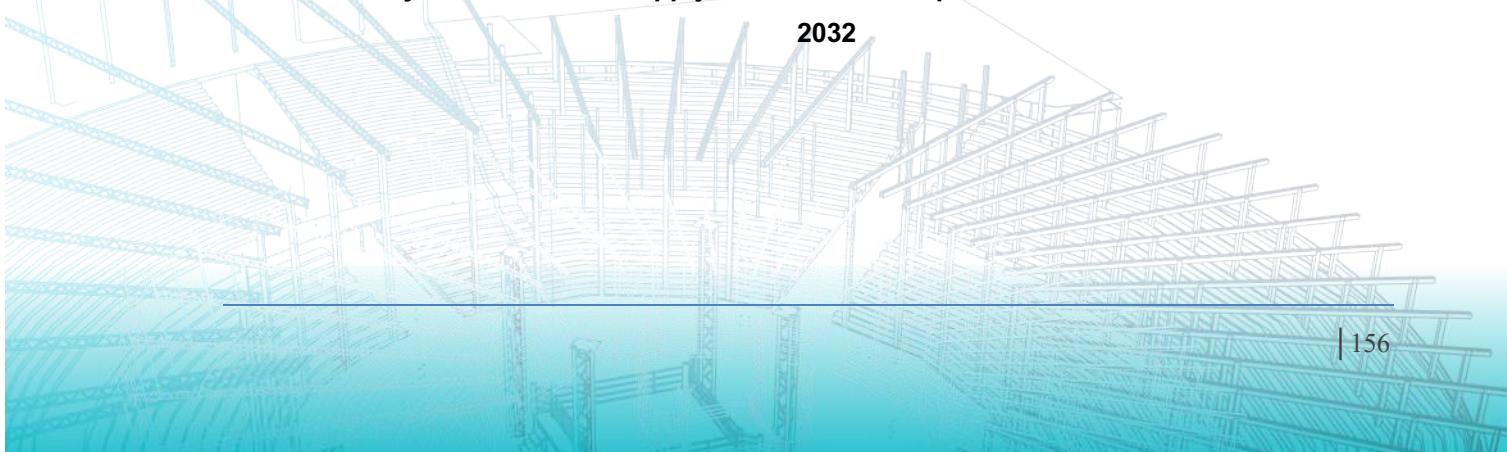
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga dan Layanan Primer Tahun 2023-2032



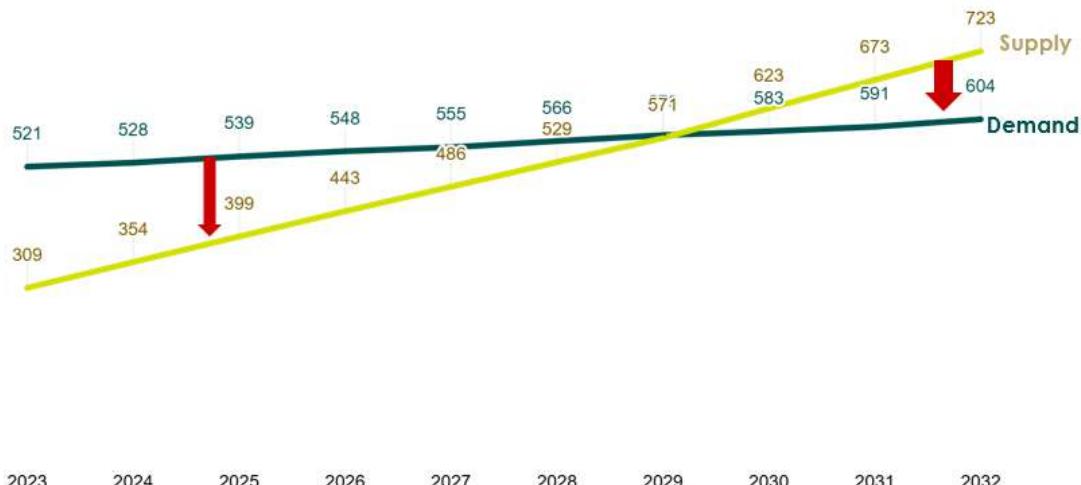
30. DOKTER SPESIALIS BEDAH PLASTIK DAN REKONSTRUKSI ESTETIK

Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Dokter Spesialis Bedah Plastik selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Bedah Plastik pada tahun 2023 sampai tahun 2029. Sedangkan pada tahun 2030, Dokter Spesialis Bedah Plastik sudah terpenuhi menurut proyeksi *supply* dan *demand*.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Bedah Plastik Tahun 2023-2032



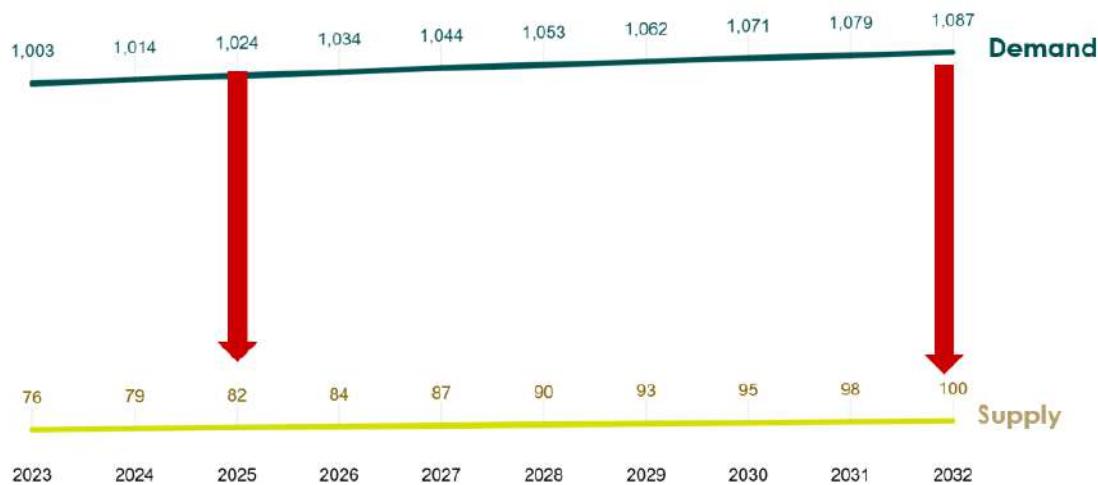
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



31. DOKTER SPESIALIS EMERGENSI MEDIK

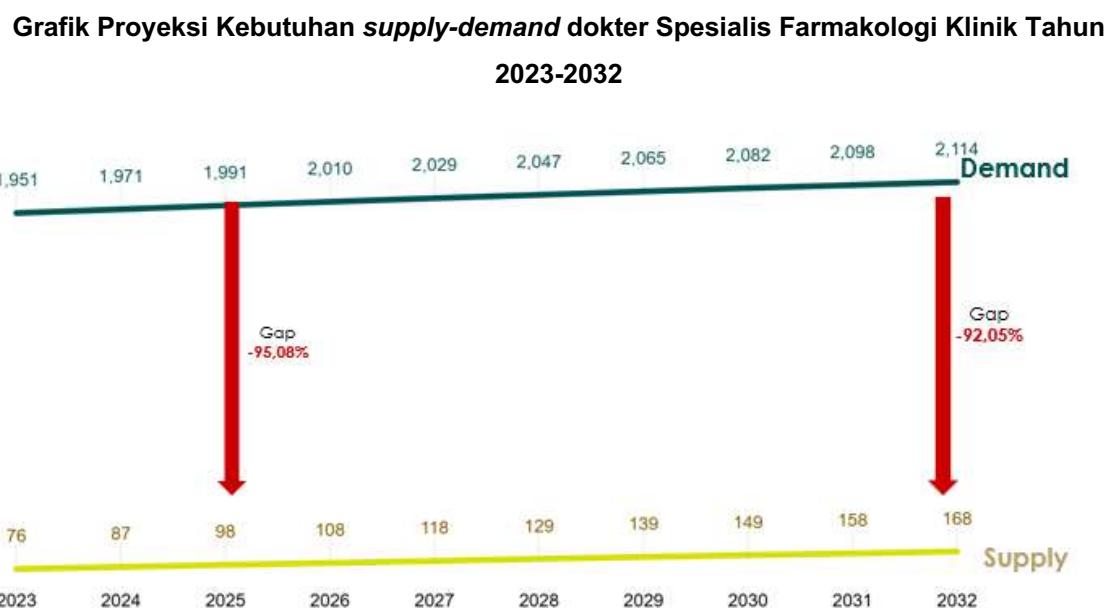
Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Emergensi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Emergensi pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Emergensi untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Emergensi Medik Tahun 2023-2032



32. DOKTER SPESIALIS FARMAKOLOGI KLINIK

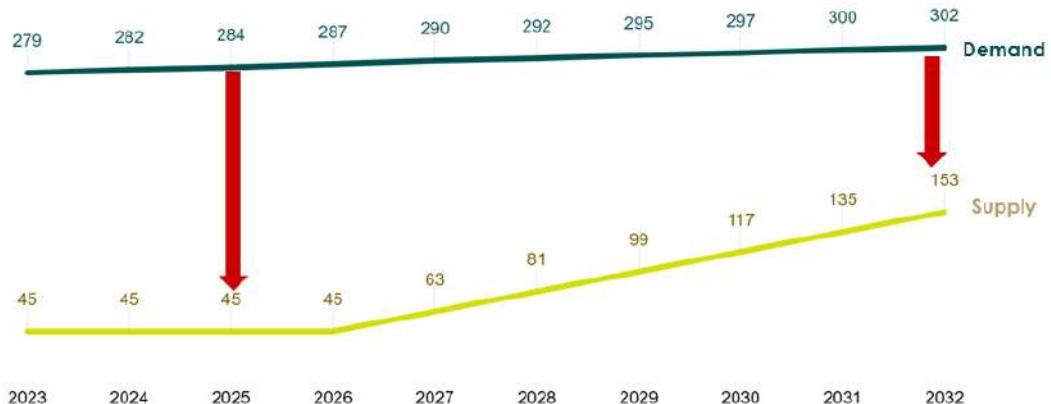
Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Farmakologi Klinik selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Farmakologi Klinik pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Farmakologi Klinik untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.



33. DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELAUTAN

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Kedokteran Kelautan selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Kedokteran Kelautan pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Kedokteran Kelautan untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

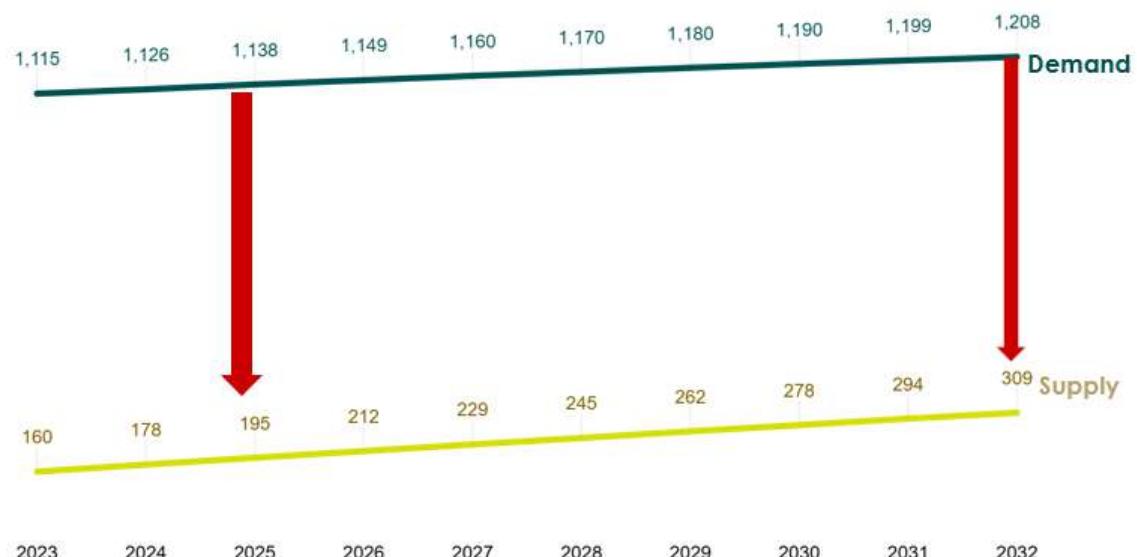
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Kedokteran Kelautan Tahun 2023-2032



34. DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN OKUPASI

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Kedokteran Okupasi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Kedokteran Penerbangan pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Kedokteran Okupasi untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

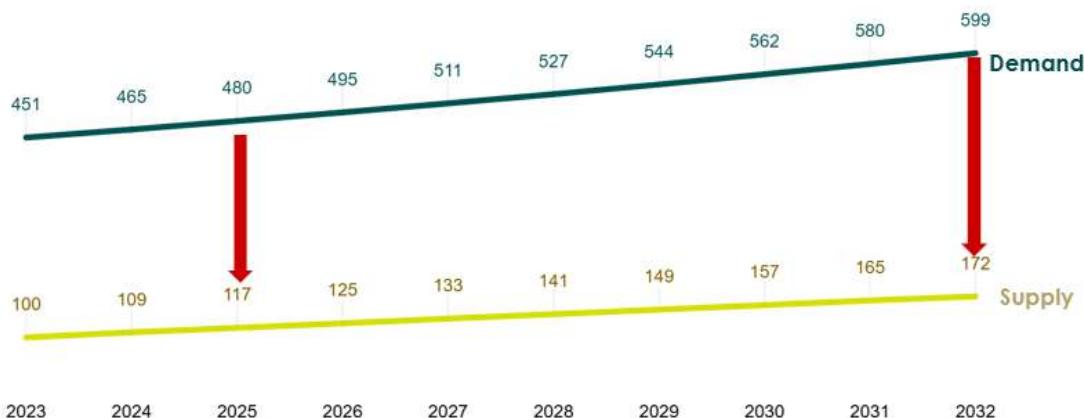
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Kedokteran Okupasi Tahun 2023-2032



35. DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN OLAHRAGA

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Kedokteran Olahraga selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Kedokteran Olahraga pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Kedokteran Olahraga untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

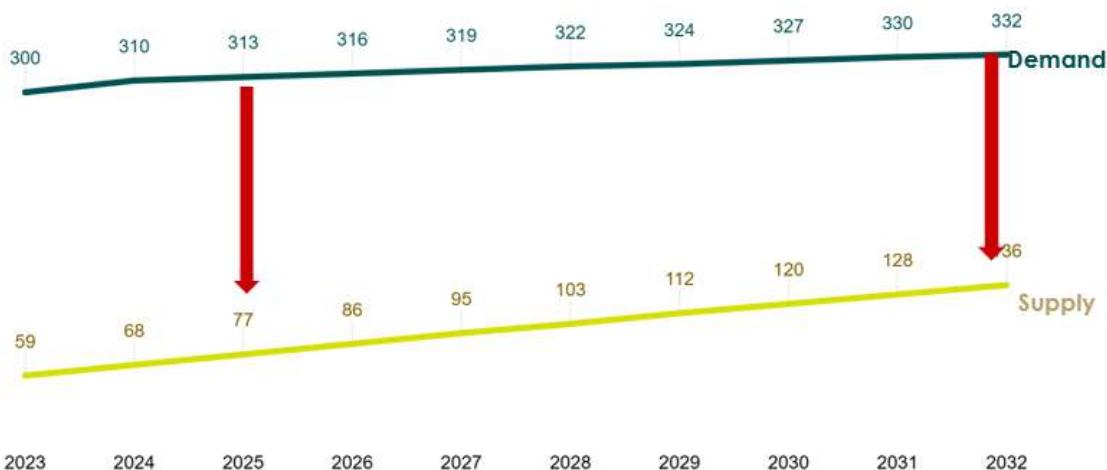
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Kedokteran Olahraga Tahun 2023-2032



36. DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN PENERBANGAN

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Kedokteran Penerbangan selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Kedokteran Penerbangan pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Kedokteran Olahraga untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

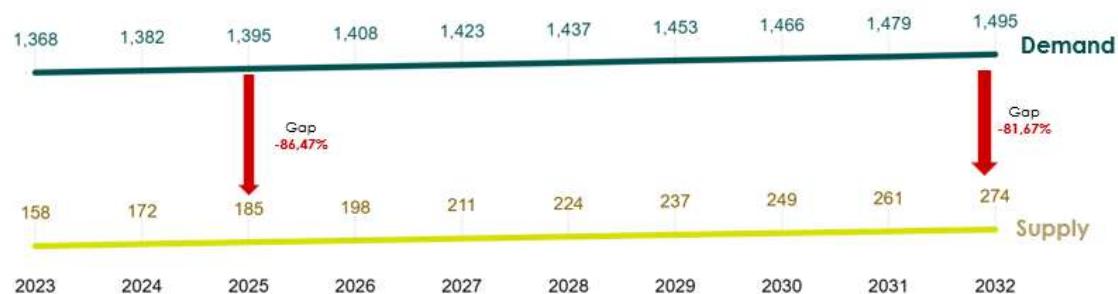
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* dokter Spesialis Kedokteran Penerbangan Tahun 2023-2032



37. DOKTER SPESIALIS AKUPUNKTUR

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Akupunktur selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Akupunktur pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Akupunktur untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Akupunktur Tahun 2023-2032

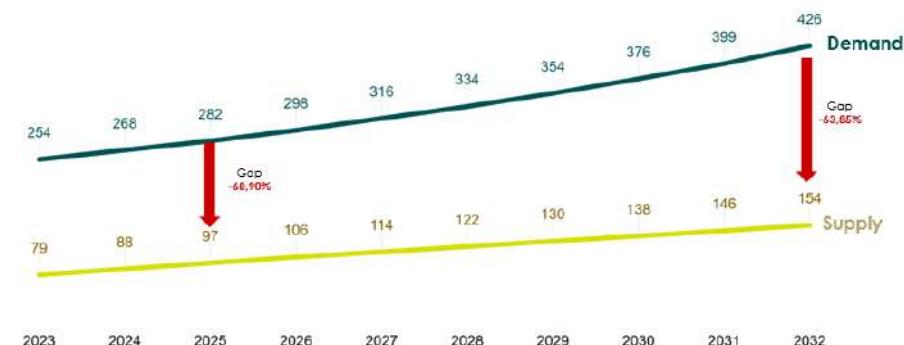


38. DOKTER SPESIALIS ANDROLOGI

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Andrologi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Andrologi pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk

mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Andrologi untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

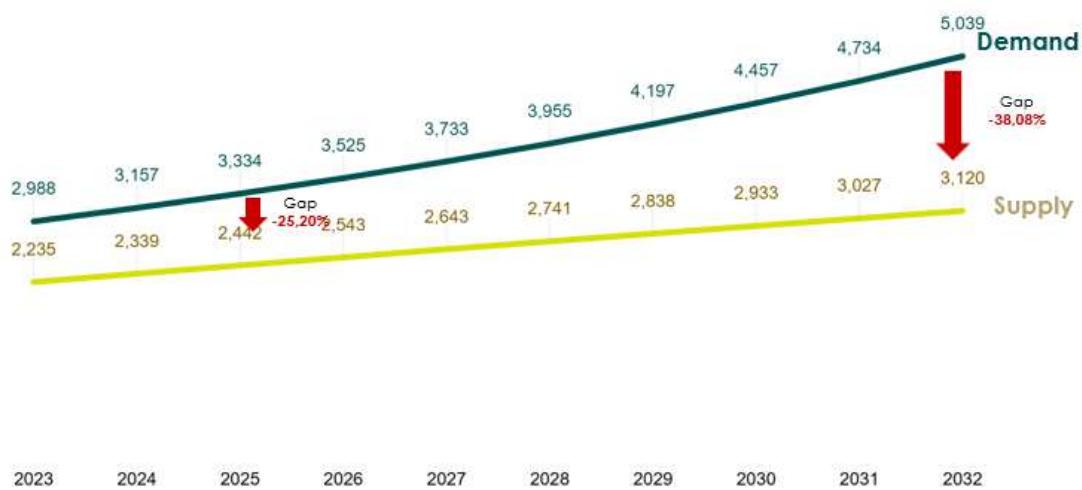
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Andrologi Tahun 2023-2032



39. DOKTER SPESIALIS DERMATOLOGI DAN VENEREOLOGI

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Spesialis Dermatologi dan Venereologi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Spesialis Dermatologi dan Venereologi pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Spesialis Dermatologi dan Venereologi untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Spesialis Dermatologi dan Venereologi Tahun 2023-2032



40. DOKTER GIGI SPESIALIS PERIODONSI

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Gigi Spesialis Periodonsia selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Gigi Spesialis Periodonsia pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Gigi Spesialis Periodonsia untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

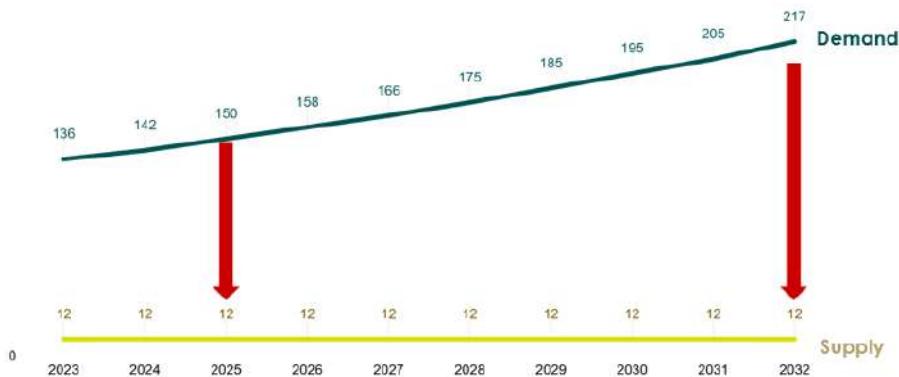
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Spesialis Periodonsia Tahun 2023-2032



41. DOKTER GIGI SPESIALIS PATOLOGI MULUT

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Gigi Spesialis Patologi Mulut selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Gigi Spesialis Patologi Mulut pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Gigi Spesialis Patologi Mulut untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

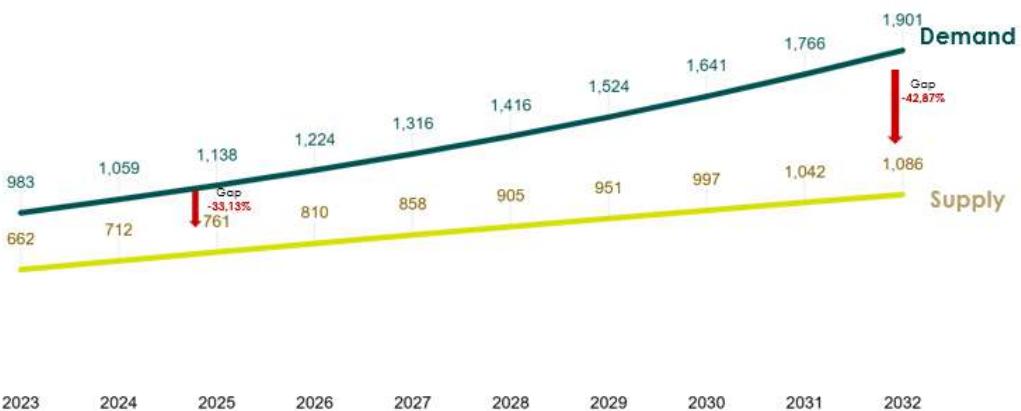
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Spesialis Patologi Mulut Tahun 2023-2032



42. DOKTER GIGI SPESIALIS BEDAH MULUT

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut Tahun 2023-2032



43. DOKTER GIGI SPESIALIS KEDOKTERAN GIGI ANAK

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Gigi Spesialis Kedokteran Gigi Anak selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter

Gigi Spesialis Kedokteran Gigi Anak pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Gigi Spesialis Kedokteran Gigi Anak untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Spesialis Kedokteran Gigi Anak
Tahun 2023-2032**



44. DOKTER GIGI SPESIALIS PROSTODONSIAS

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Gigi Spesialis Prostodonsia selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Gigi Spesialis Prostodonsia pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Gigi Spesialis Prostodonsia untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Spesialis Prostodonsia
Tahun 2023-2032**

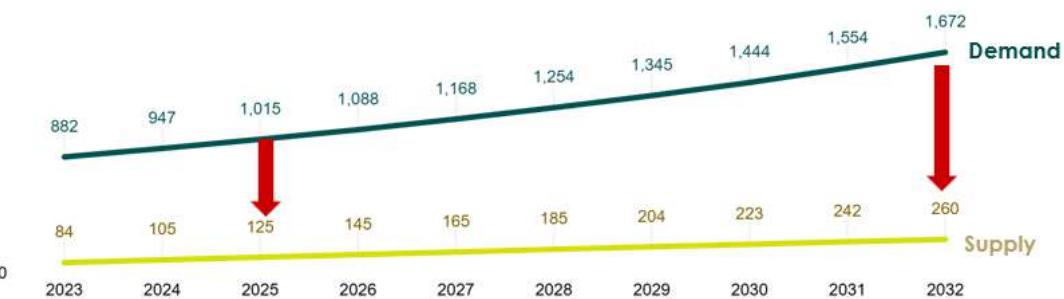
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



45. DOKTER GIGI SPESIALIS RADIOLOGI KEDOKTERAN GIGI

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Gigi Spesialis Radiologi Kedokteran Gigi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Gigi Spesialis Radiologi Kedokteran Gigi pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Gigi Spesialis Radiologi Kedokteran Gigi untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

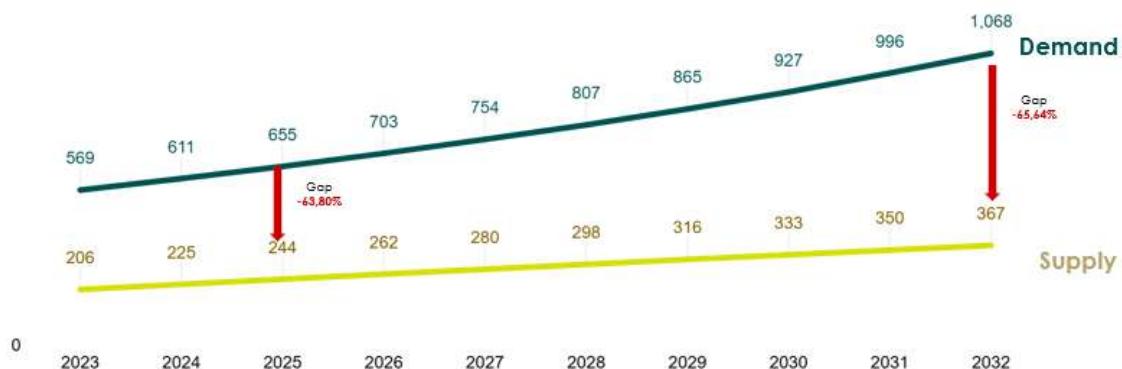
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Spesialis Radiologi Kedokteran Gigi Tahun 2023-2032



46. DOKTER GIGI SPESIALIS PENYAKIT MULUT

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Gigi Spesialis Konservasi Gigi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Gigi Spesialis Penyakit Mulut pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Gigi Spesialis Penyakit Mulut untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

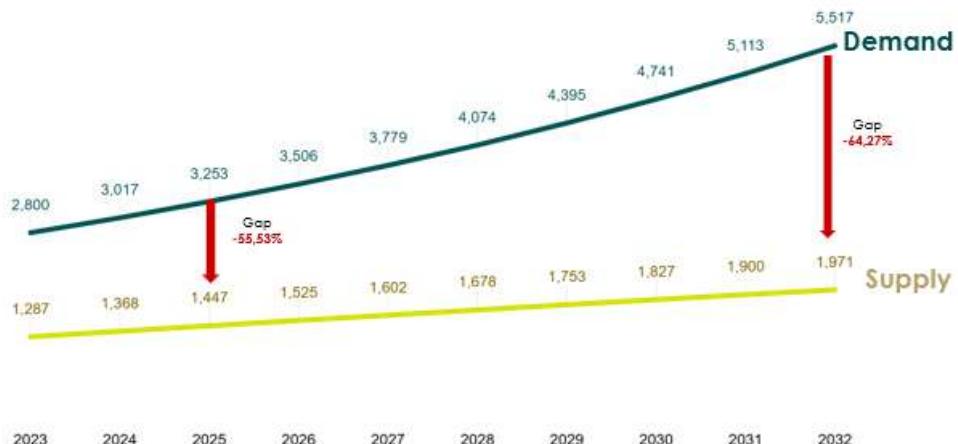
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Spesialis Penyakit Mulut Tahun 2023-2032



47. DOKTER GIGI SPESIALIS KONSERVASI GIGI

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Gigi Spesialis Konservasi Gigi selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Gigi Spesialis Konservasi Gigi pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Gigi Spesialis Konservasi Gigi untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

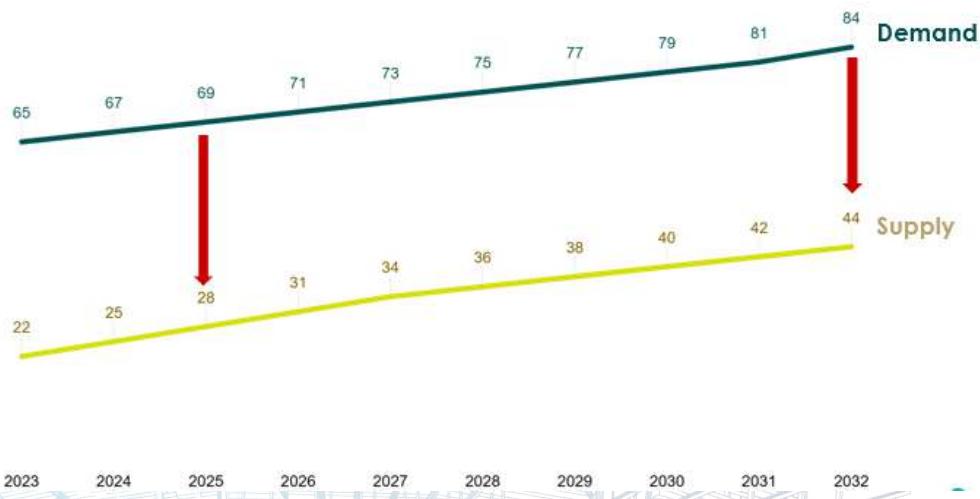
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Spesialis Konservasi Gigi Tahun 2023-2032



48. DOKTER GIGI SPESIALIS ODONTOLOGI FORENSIK

Hasil proyeksi supply dan demand Dokter Gigi Spesialis Odontologi Forensik selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Dokter Gigi Spesialis Odontologi Forensik pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Dokter Gigi Spesialis Odontologi Forensik untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

**Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Dokter Gigi Spesialis Odontologi Forensik
Tahun 2023-2032**



49. PERAWAT

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply Dan Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Perawat tahun 2025 sebesar 596.547, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 609.403 orang, sehingga terdapat surplus sebesar 12.856 Perawat.

Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
596.547	609.403	12.856

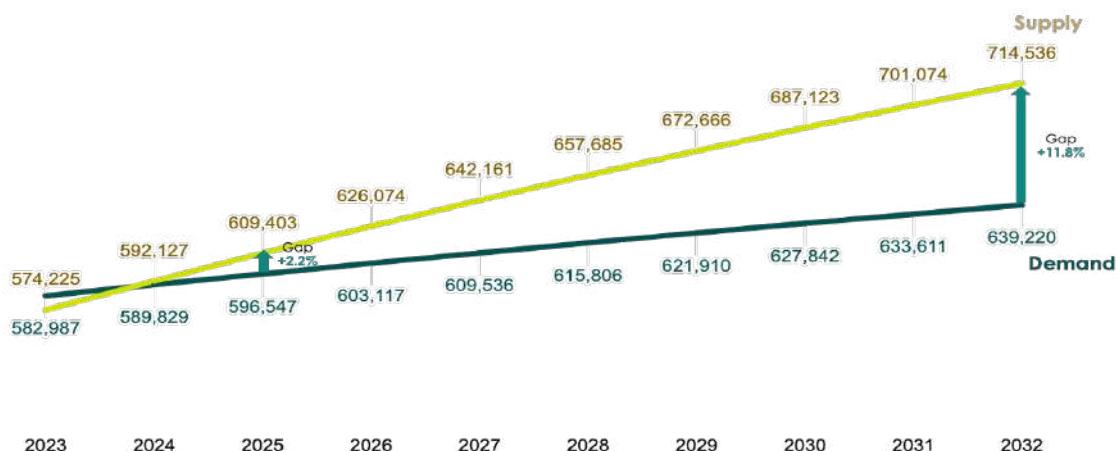


Perhitungan kebutuhan Perawat di Indonesia secara rasio masih dibawah rasio *supply* di negara-negara ASEAN. Rasio permintaan / kebutuhan terhadap Perawat pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 2,10 per 1.000 penduduk atau 1

orang melayani 476 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Perawat baru mencapai 1 orang Dokter Gigi melayani 472 penduduk. Sedangkan Singapura rasio *supply* Perawat telah mencapai 1 orang melayani 242 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan supply-demand Perawat Tahun 2023-2032

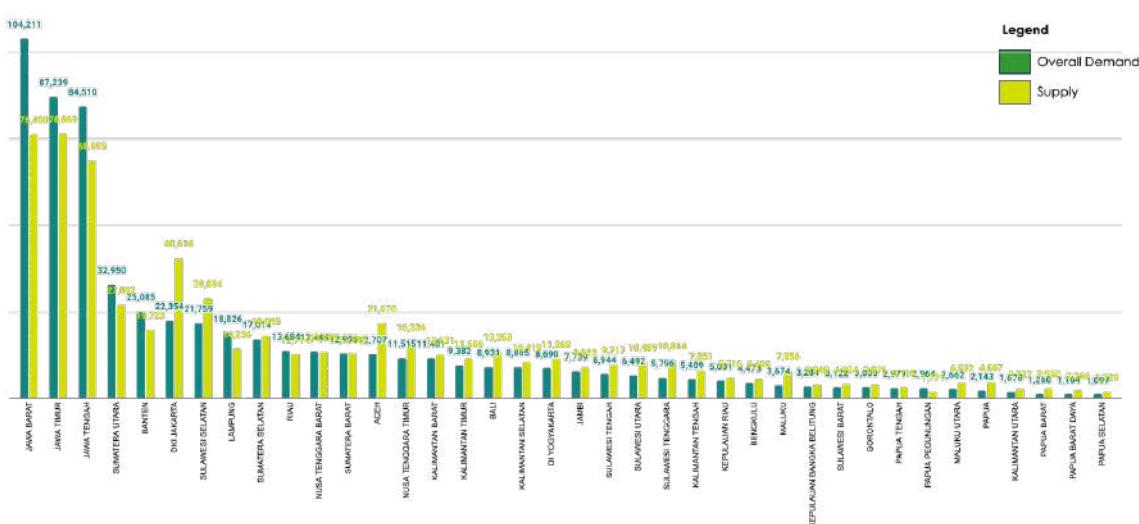
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



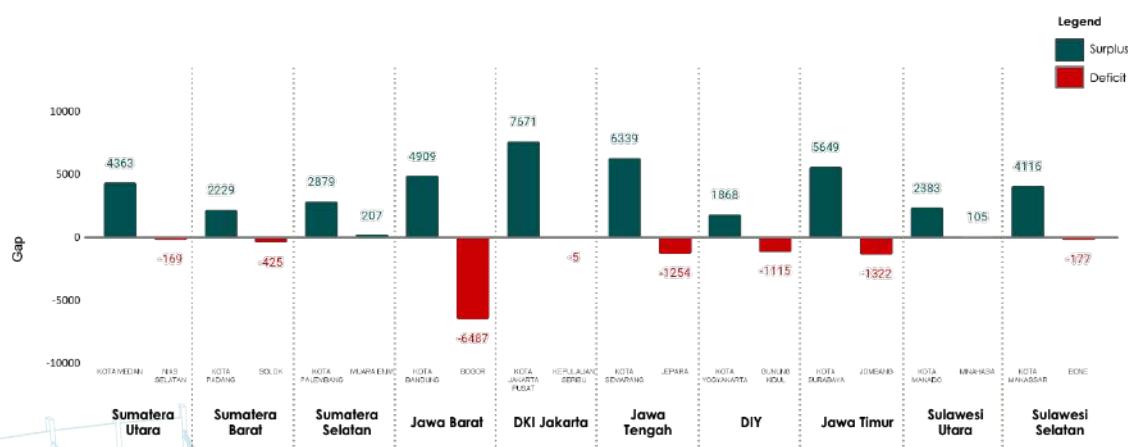
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Perawat selama 10 tahun menunjukkan bahwa Indonesia mengalami kekurangan Perawat pada tahun 2023. Pada tahun 2024 terjadi titik keseimbangan antara *supply* dan *demand*, dan setelah itu Indonesia mengalami surplus hingga tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk menjaga keberlanjutan pemenuhan layanan Perawat serta memastikan distribusinya merata, agar kesenjangan tidak kembali terjadi di wilayah tertentu.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi sudah memenuhi kebutuhan Perawat. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Perawat terbanyak ada di Jawa Barat disusul oleh Jawa Timur, dan Jawa Tengah sedangkan untuk kekurangan Perawat terbanyak terjadi di Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



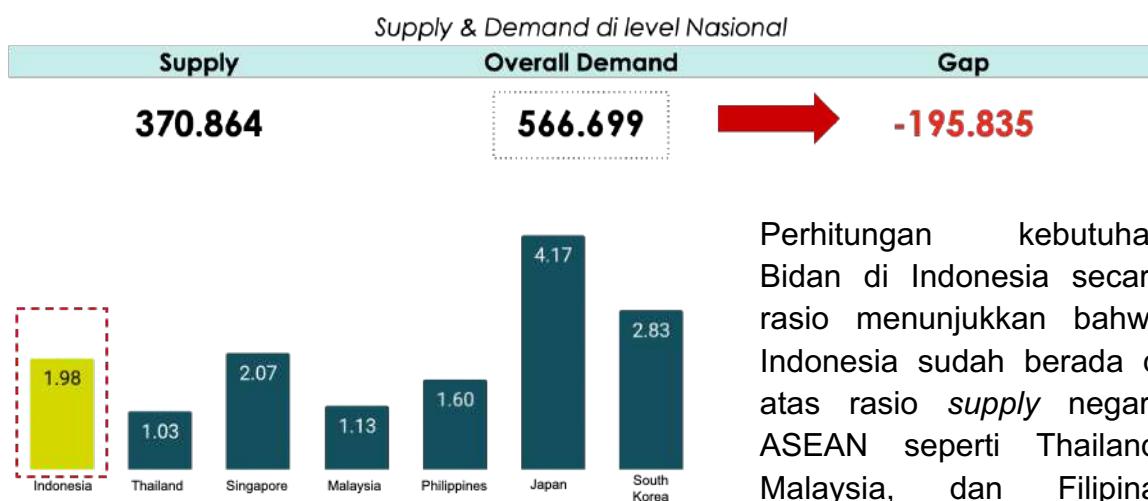
Estimasi kesenjangan kebutuhan Perawat pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, Perawat masih mengalami kekurangan pada sebagian kabupaten/kota.



50. BIDAN

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* Dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Bidan tahun 2025 sebesar 566.699, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

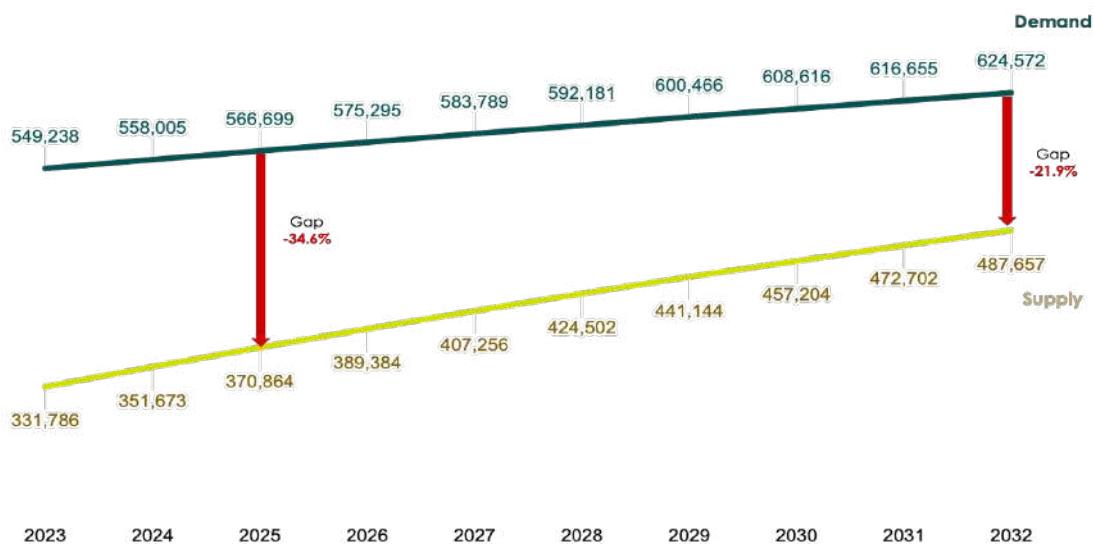
Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 195.835 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 195.835 Bidan.



Perhitungan kebutuhan Bidan di Indonesia secara rasio menunjukkan bahwa Indonesia sudah berada di atas rasio *supply* negara ASEAN seperti Thailand, Malaysia, dan Filipina, namun masih berada di bawah Singapura dan Jepang. Rasio permintaan / kebutuhan terhadap Bidan pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 1,98 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani 505 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Bidan baru mencapai 1 orang Bidan melayani 758 penduduk. Sedangkan Singapura rasio *supply* Bidan telah mencapai 1 orang melayani 483 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Bidani Tahun 2023-2032

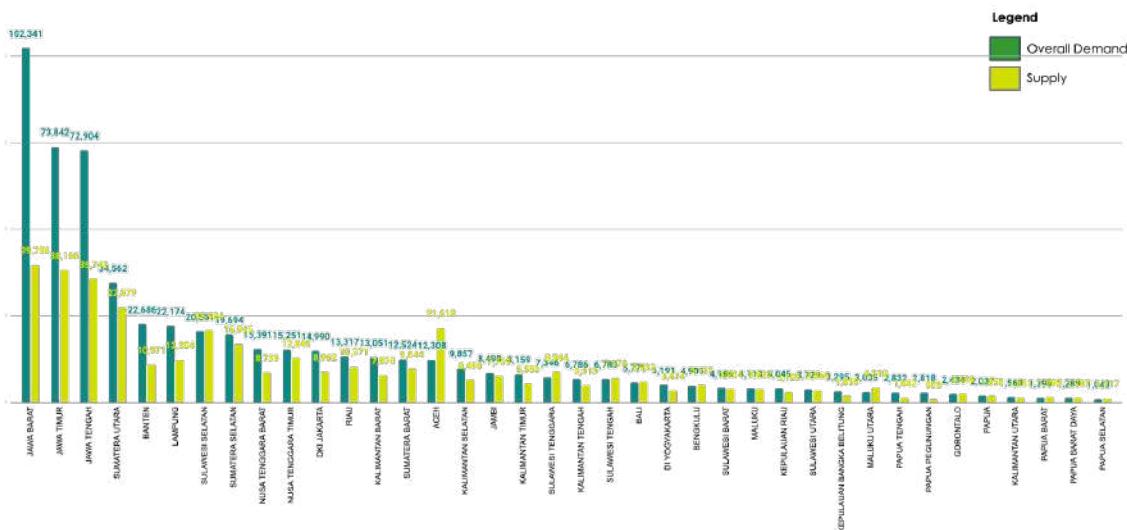
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



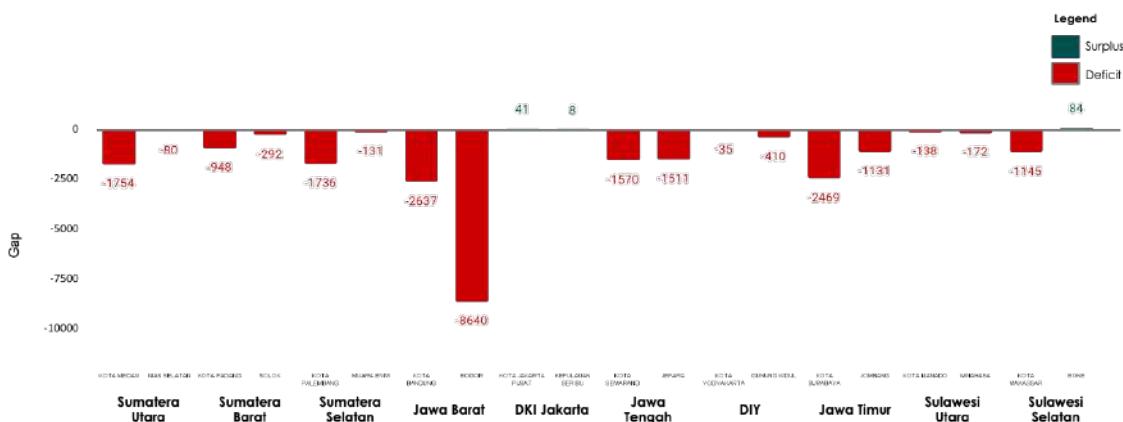
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Bidan selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Bidan pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Bidan untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Bidan. Dari grafik di bawah tergambar bahwa baik kebutuhan dan kekurangan Bidan terbanyak ada di Jawa Barat disusul oleh Jawa Timur, dan Jawa Tengah.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Bidan pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, hampir semua kabupaten/kota masih mengalami kekurangan Bidan.



51. TENAGA

PROMOSI

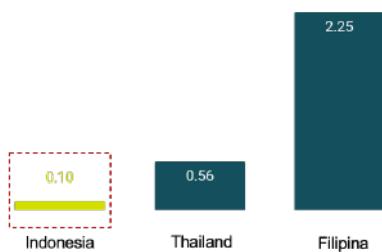
KESEHATAN

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* Dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Tenaga Promosi Kesehatan tahun 2025 sebesar 29.515, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 22.739 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 6.776 Tenaga Promosi Kesehatan.

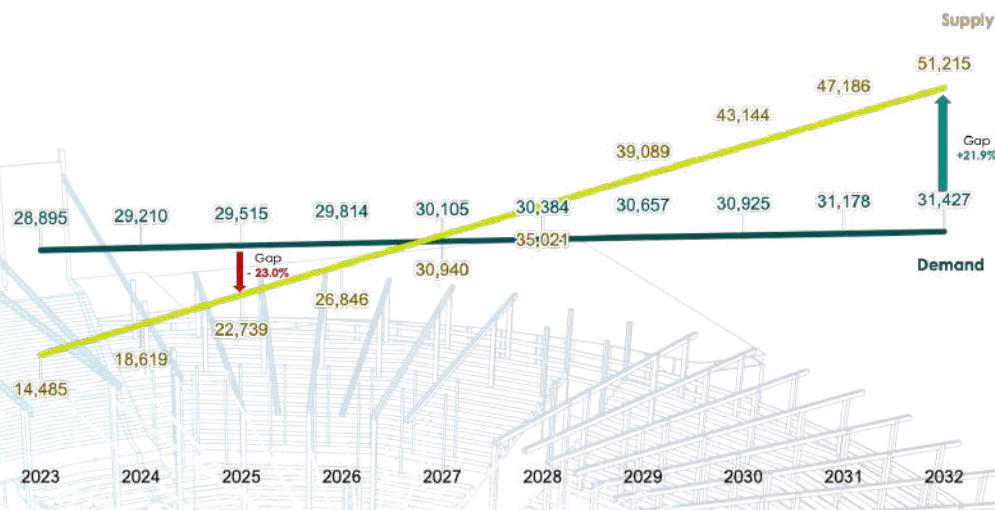
Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
22.739	29.515	-6.776



Perhitungan kebutuhan Tenaga Promosi Kesehatan di Indonesia secara rasio masih jauh dibanding *supply* di negara ASEAN. Rasio permintaan / kebutuhan terhadap Tenaga Promosi Kesehatan pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,10 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani 10.000 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Tenaga Promosi Kesehatan baru mencapai 1 orang Tenaga Promosi Kesehatan melayani 12.346 penduduk. Sedangkan Filipina rasio *supply* Tenaga Promosi Kesehatan telah mencapai 1 orang melayani 444 penduduk.

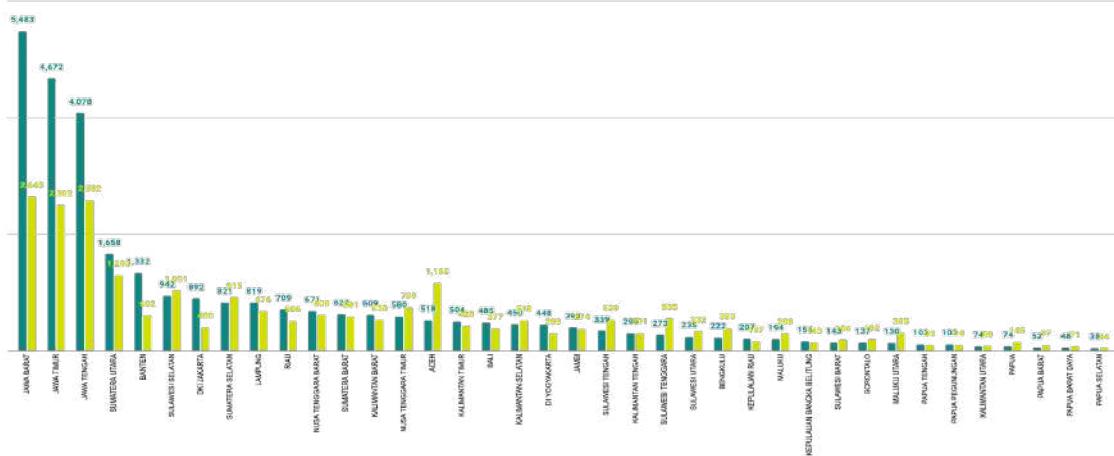
penduduk atau 1 orang melayani 10.000 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Tenaga Promosi Kesehatan baru mencapai 1 orang Tenaga Promosi Kesehatan melayani 12.346 penduduk. Sedangkan Filipina rasio *supply* Tenaga Promosi Kesehatan telah mencapai 1 orang melayani 444 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Tenaga Promosi Kesehatan Tahun 2023-2032



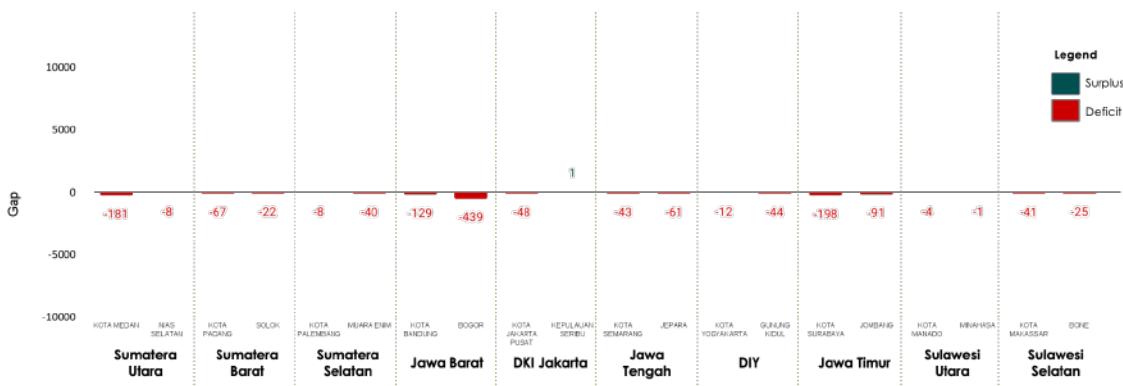
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Tenaga Promosi Kesehatan selama 10 tahun menunjukkan bahwa Indonesia mengalami kekurangan Tenaga Promosi Kesehatan pada tahun 2023 hingga 2026. Pada tahun 2027 terjadi titik keseimbangan antara *supply* dan *demand*, kemudian Indonesia mengalami surplus hingga tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk menjaga keberlanjutan pemenuhan layanan Tenaga Promosi Kesehatan serta memastikan distribusinya merata, agar kesenjangan tidak kembali terjadi di wilayah tertentu.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Bidan. Dari grafik di bawah tergambar bahwa baik kebutuhan dan kekurangan Bidan terbanyak ada di Jawa Barat disusul oleh Jawa Timur, dan Jawa Tengah.



Estimasi kesenjangan kebutuhan Tenaga Promosi Kesehatan pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, hampir semua kabupaten/kota masih mengalami kekurangan Tenaga Promosi Kesehatan, kecuali Kabupaten Kepulauan Seribu.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



52. EPIDEMIOLOGI

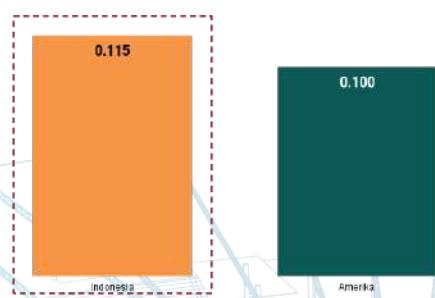
KESEHATAN

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Epidemiologi Kesehatan tahun 2025 sebesar 33.142, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 10.906 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 22,236 Epidemiologi Kesehatan.

Supply & Demand di level Nasional

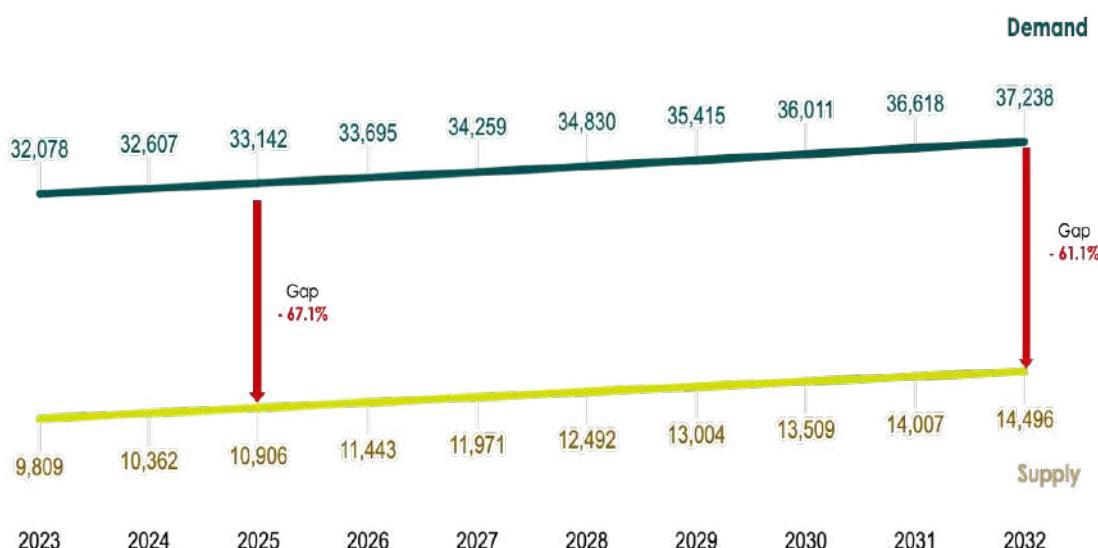
Supply	Overall Demand	Gap
10.906	33.142	22,236



Perhitungan kebutuhan Epidemiologi Kesehatan di Indonesia secara rasio masih diatas *supply* di negara Amerika. Rasio permintaan / kebutuhan terhadap Epidemiologi Kesehatan pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,115 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani 8.696 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Epidemiologi Kesehatan baru mencapai 1 orang Epidemiologi Kesehatan melayani 25.773 penduduk. Sedangkan Amerika rasio *supply* Epidemiologi Kesehatan yaitu 1 orang melayani 10.000 penduduk.

orang Epidemiologi Kesehatan melayani 25.773 penduduk. Sedangkan Amerika rasio *supply* Epidemiologi Kesehatan yaitu 1 orang melayani 10.000 penduduk.

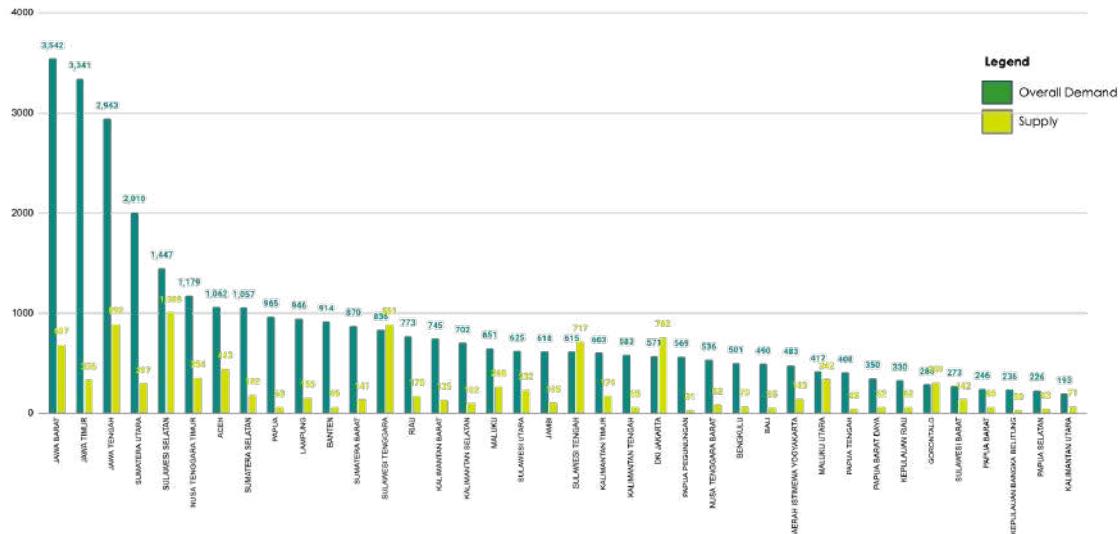
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Epidemiolog Kesehatan Tahun 2023-2032



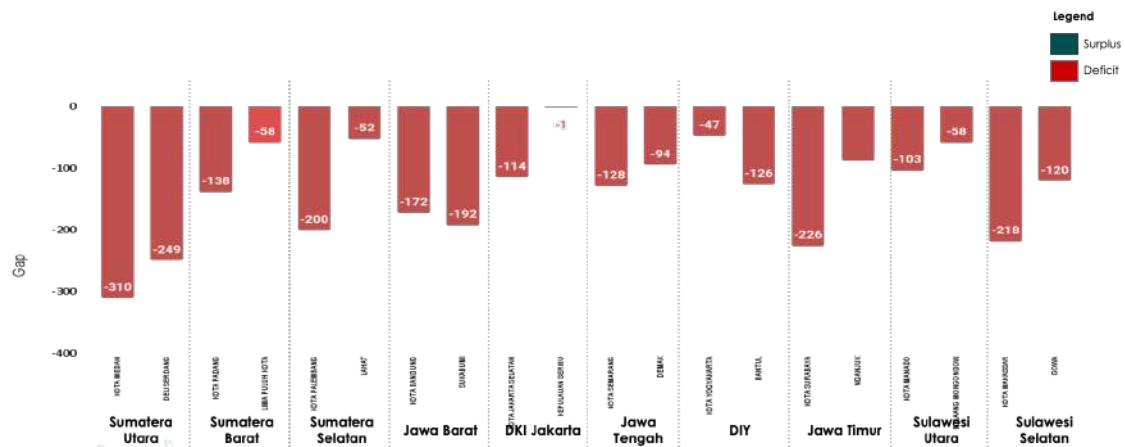
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Epidemiologi Kesehatan selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Epidemiologi Kesehatan pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Epidemiologi Kesehatan untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Epidemiolog Kesehatan. Dari grafik di bawah tergambar bahwa baik kebutuhan Epidemiolog Kesehatan terbanyak ada di Jawa Barat disusul oleh Jawa Timur, dan Jawa Tengah, sedangkan kekurangan terbanyak ada di Jawa Timur disusul Jawa Barat dan Jawa Tengah.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Epidemiolog Kesehatan pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, semua kabupaten/kota masih mengalami kekurangan Epidemiolog Kesehatan.



53. TENAGA

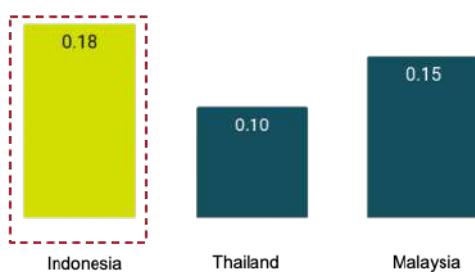
SANITASI

LINGKUNGAN

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply Dan Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Tenaga Sanitasi Lingkungan tahun 2025 sebesar 67.765, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 28.316 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 39.449 Tenaga Sanitasi Lingkungan.

Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
28.316	67.765	-39.449

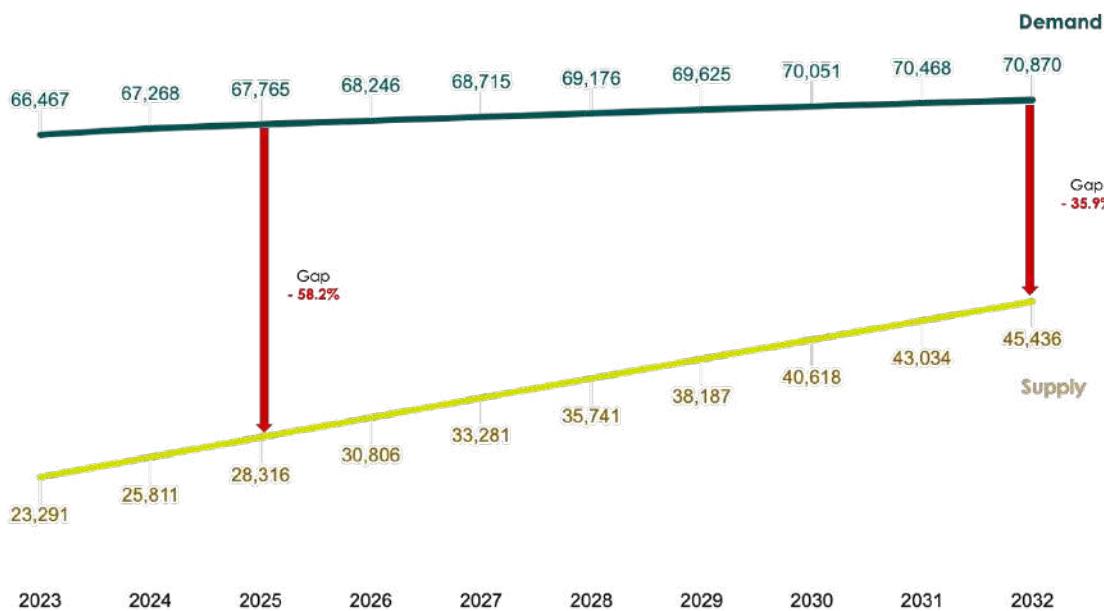


Perhitungan kebutuhan Tenaga Sanitasi Lingkungan di Indonesia secara rasio masih diatas rasio *supply* di negara ASEAN. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Tenaga Sanitasi Lingkungan pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,18 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani 5.556 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Tenaga Sanitasi

Lingkungan mencapai 1 orang Tenaga Sanitasi Lingkungan melayani 5.556 penduduk. Sedangkan Malaysia rasio *supply* Tenaga Sanitasi Lingkungan adalah 1 orang melayani 6.667 penduduk dan Thailand 1 orang melayani 10.000 orang.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Tenaga Sanitasi Lingkungan Tahun 2023-2032

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



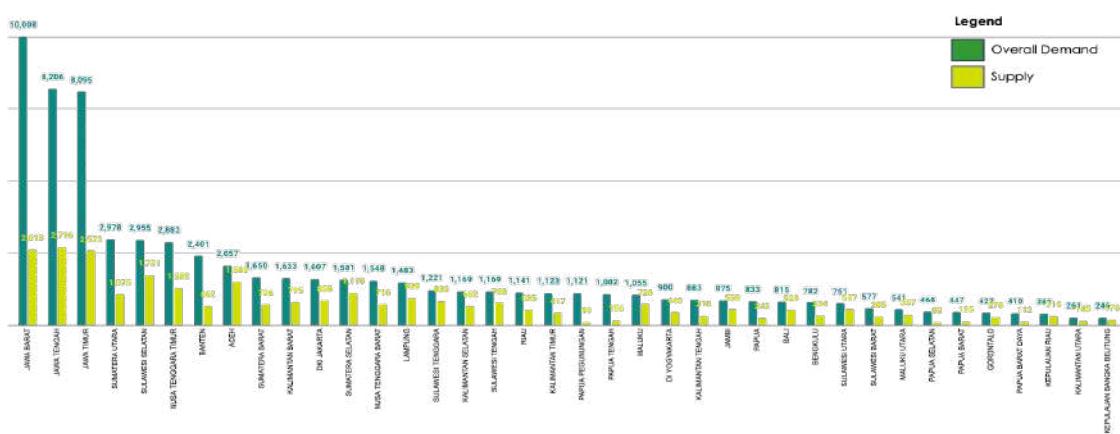
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Tenaga Sanitasi Lingkungan selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Teknisi Kardiovaskuler pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Tenaga Sanitasi Lingkungan untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Tenaga Sanitasi Lingkungan. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Tenaga Sanitasi Lingkungan terbanyak ada di Jawa Barat disusul oleh Jawa Tengah, dan Jawa Timur sedangkan untuk kekurangan Teknisi Sanitasi Lingkungan terbanyak

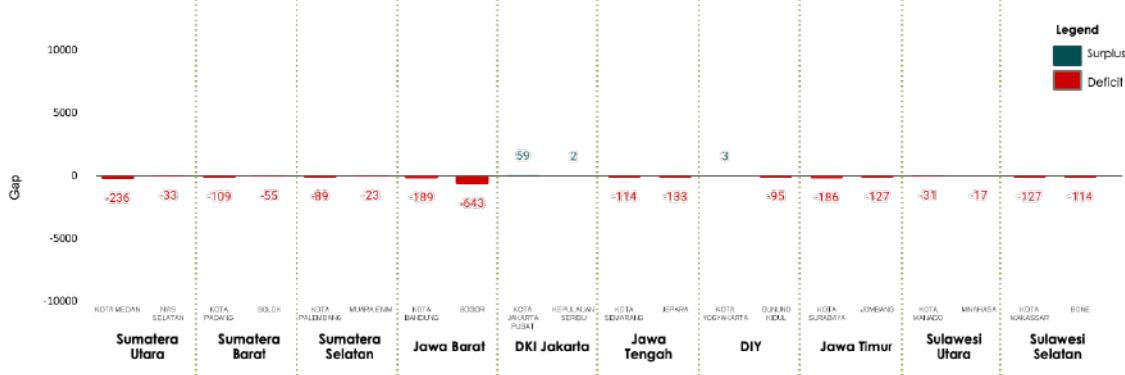
Blueprint

PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

terjadi di Jawa Barat, disusul Jawa Timur dan Jawa Tengah.



Estimasi kesenjangan kebutuhan Tenaga Sanitasi Lingkungan pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, Tenaga Sanitasi Lingkungan masih banyak mengalami kekurangan.



54. NUTRITIONIS

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* Dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Nutrisionis tahun 2025 sebesar 115.829, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari

data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 41.306 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 74.523 Nutrisionis.

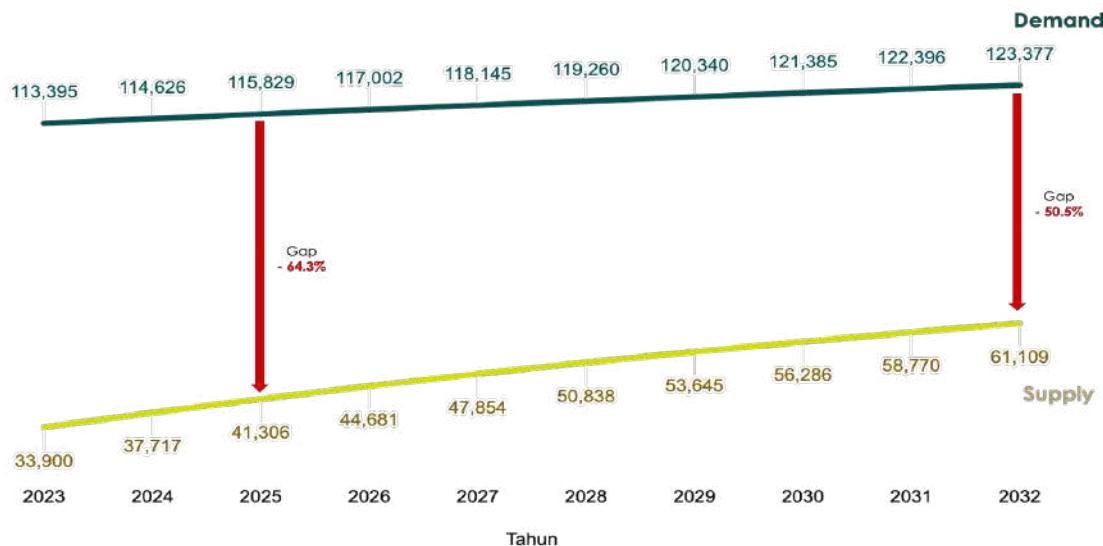


Perhitungan kebutuhan Nutrisionis di Indonesia secara rasio masih diatas rasio *supply* di negara ASEAN. Rasio permintaan / kebutuhan terhadap Nutrisionis pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,473 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani 2.114 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Nutrisionis

adalah 1 orang Nutrisionis melayani 6.803 penduduk. Sedangkan Malaysia rasio *supply* Nutrisionis adalah 1 orang melayani 30.303 penduduk dan Thailand 1 orang melayani 17.241 orang.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Nutrisionis Tahun 2023-2032

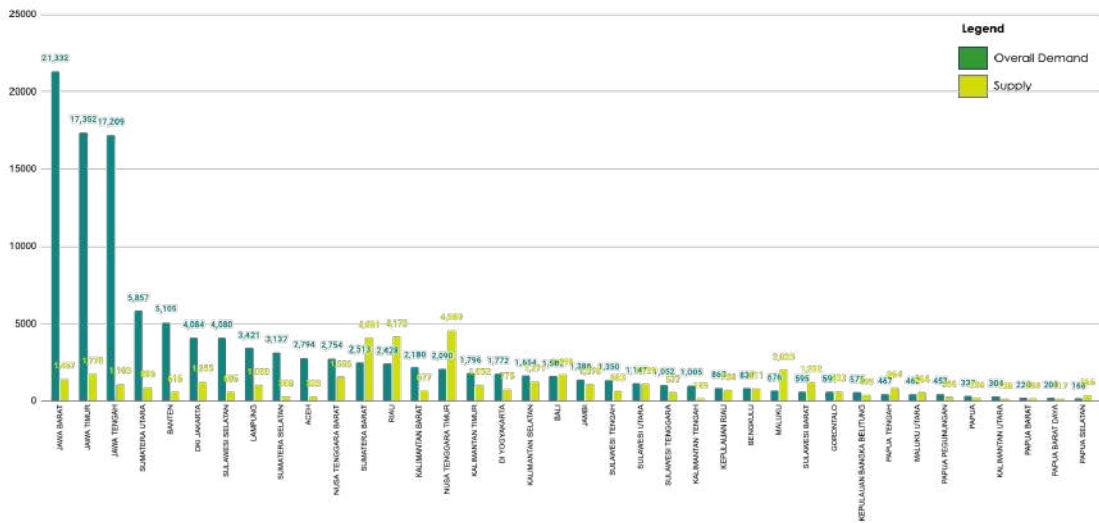
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



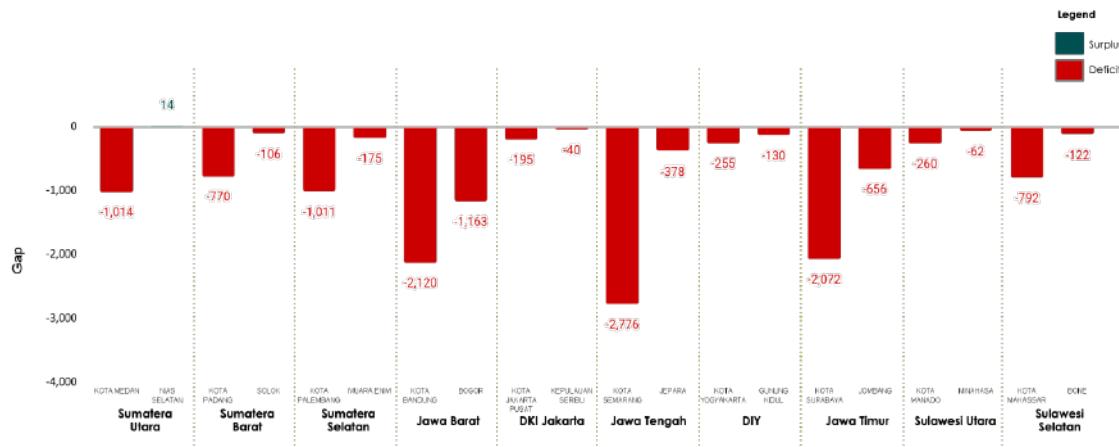
Hasil proyeksi supply dan *demand* Nutrisionis selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Nutrisionis pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Nutrisionis untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa sebagian besar provinsi belum memenuhi kebutuhan Nutrisionis. Dari grafik dibawah tergambar bahwa kebutuhan Nutrisionis terbanyak ada di Jawa Barat disusul oleh Jawa Timur, dan Jawa Tengah sedangkan untuk kekurangan Nutrisionis terbanyak terjadi di Jawa Barat, disusul Jawa Timur dan Jawa Tengah.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Nutrisionis pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, hampir semuanya masih kekurangan Nutrisionis.

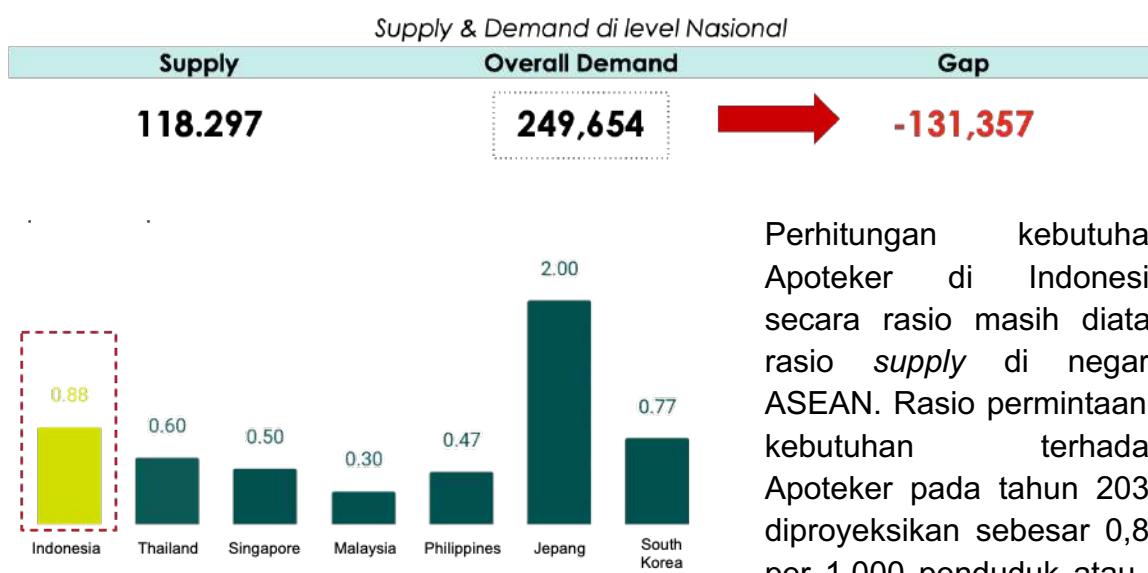


55. APOTEKER

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* Dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Apoteker tahun 2025 sebesar 67.765, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari

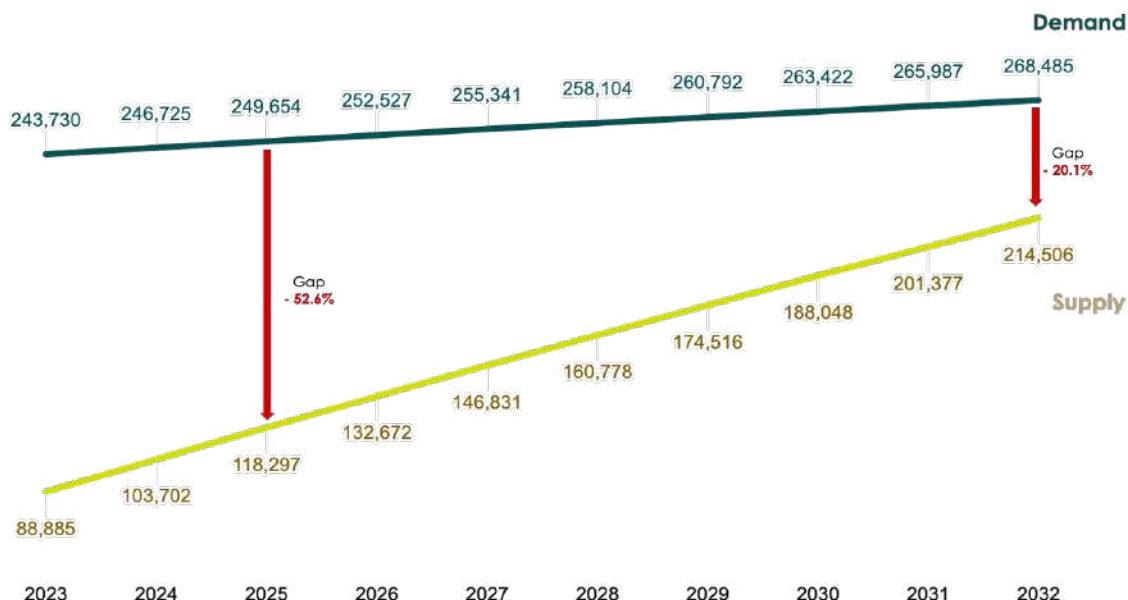
data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 28.316 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 39.449 Apoteker.



Perhitungan kebutuhan Apoteker di Indonesia secara rasio masih diatas rasio *supply* di negara ASEAN. Rasio permintaan / kebutuhan terhadap Apoteker pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,88 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani 9.901 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Apoteker mencapai 1 orang Apoteker melayani 5.556 penduduk. Sedangkan Malaysia rasio supply Apoteker adalah 1 orang melayani 6.667 penduduk dan Jepang 1 orang melayani 10.000 orang.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Apoteker Tahun 2023-2032

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

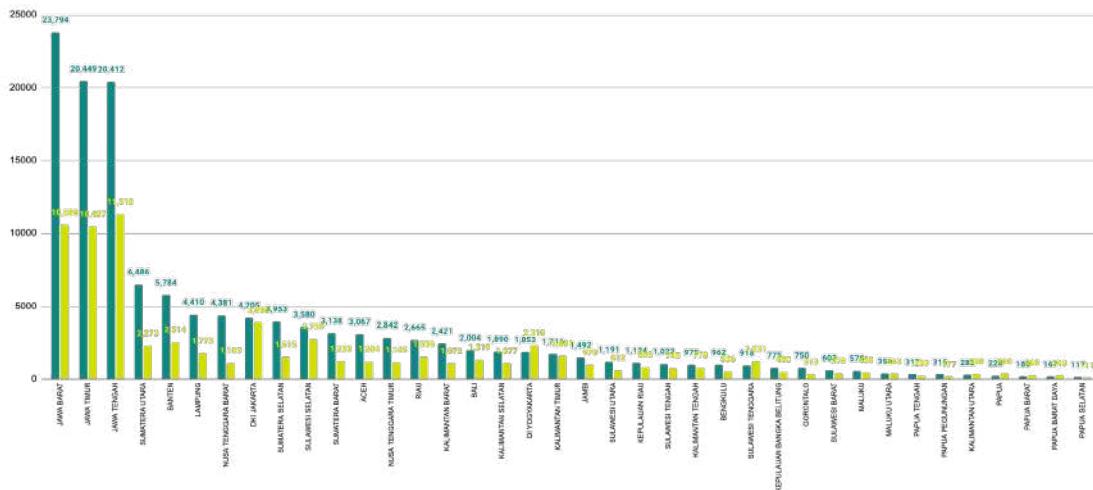


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Apoteker selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Apoteker pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Apoteker untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa sebagian besar provinsi belum memenuhi kebutuhan Apoteker. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Apoteker terbanyak ada di Jawa Barat disusul oleh Jawa Tengah, dan Jawa Timur sedangkan untuk kekurangan Apoteker terbanyak terjadi di Jawa Barat, disusul Jawa Timur dan Jawa Tengah.

Blueprint

PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Apoteker pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, sebagian besar masih kekurangan Apoteker.



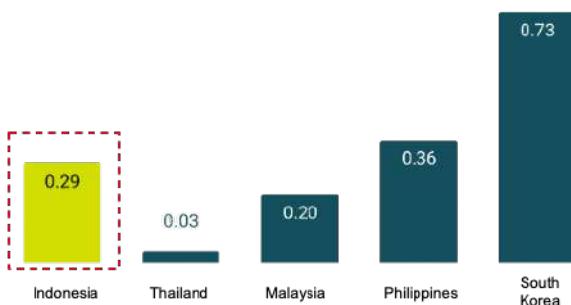
56. ATLM

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply Dan Demand* didapatkan *demand* kebutuhan ATLM 2025 sebesar 71.258, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 71.258 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 73.620 ATLM.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

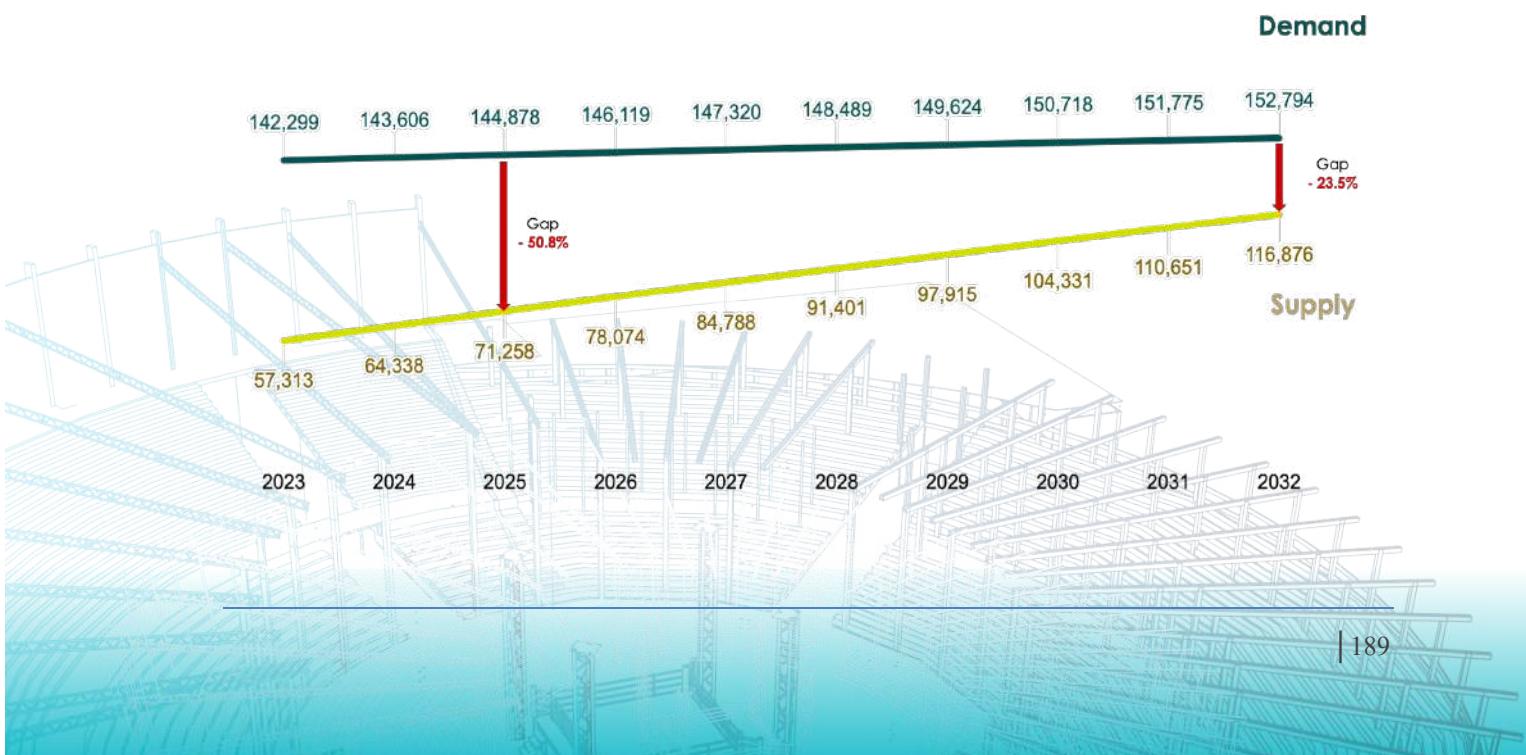
Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
71.258	144.878	-73.620



Perhitungan kebutuhan ATLM di Indonesia secara rasio menunjukkan bahwa Indonesia sudah berada di atas rasio *supply* negara ASEAN seperti Thailand dan Malaysia, namun masih berada di bawah Filipina. Rasio permintaan/ kebutuhan terhadap

ATLM pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,29 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani sekitar 3.448 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* ATLM di Indonesia mencapai 1 orang melayani sekitar 3.937 penduduk. Sedangkan di Filipina, rasio *supply* ATLM adalah 0,36 per 1.000 atau setara dengan 1 orang melayani sekitar 2.778 penduduk.

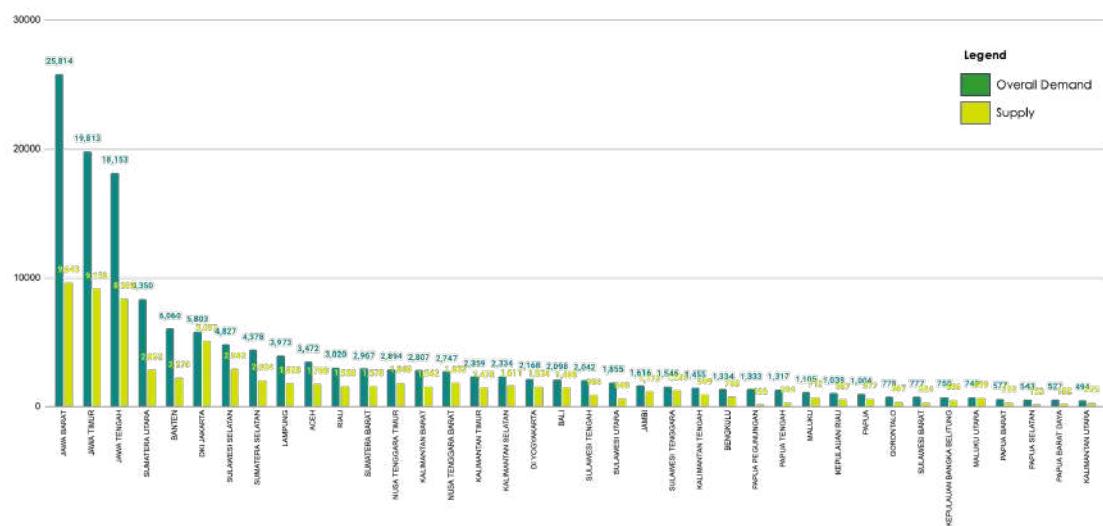
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Ahli Teknologi Laboratorium Medik Tahun 2023-2032



Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

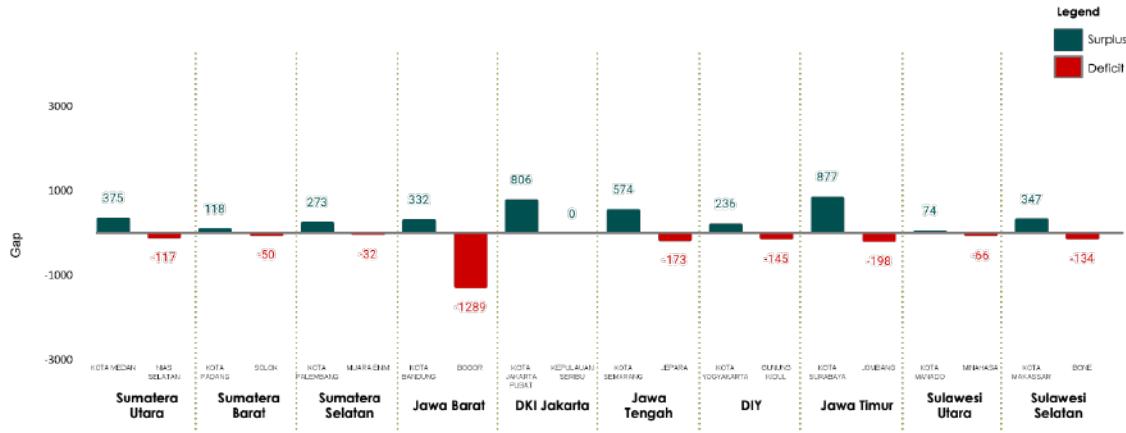
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* selama 10 tahun menunjukkan bahwa Indonesia mengalami kekurangan ATLM dari tahun 2023 ATLM guna menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Nutrisionis. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Tenaga Sanitasi Lingkungan terbanyak ada di Jawa Barat disusul oleh Jawa Timur, dan Jawa Tengah sedangkan untuk kekurangan Teknisi Kardiovaskuler terbanyak terjadi di Jawa Barat, disusul Jawa Tengah dan Jawa Timur.



Estimasi kesenjangan kebutuhan Nutrisionis pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota Nutrisionis masih banyak mengalami kekurangan.

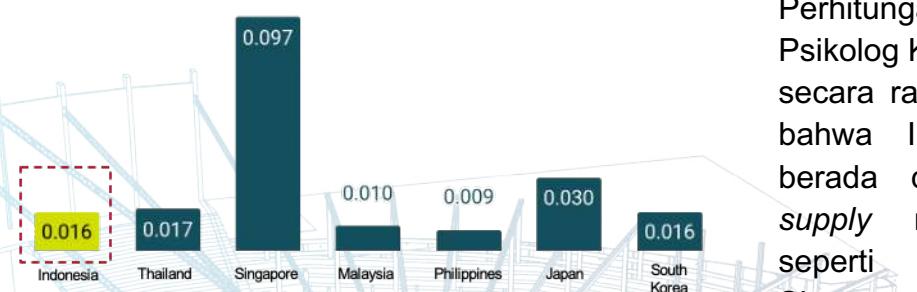
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



57. PSIKOLOGI KLINIS

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* Dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Psikologi Klinis tahun 2025 sebesar 4.570, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 3.846 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 724 Psikologi Klinis.

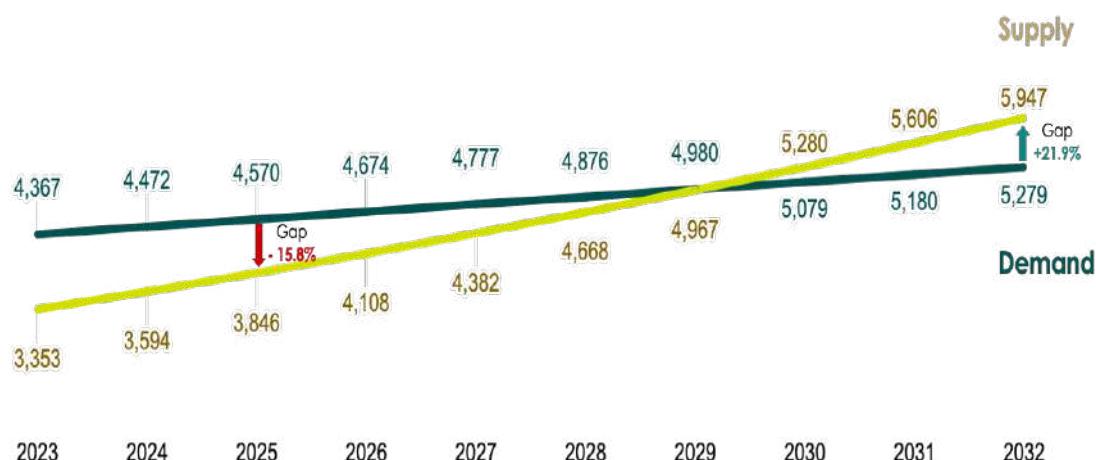


Perhitungan kebutuhan Psikolog Klinis di Indonesia secara rasio menunjukkan bahwa Indonesia masih berada di bawah rasio *supply* negara ASEAN seperti Thailand dan Singapura, namun sudah berada di atas Malaysia dan Filipina. Rasio permintaan / kebutuhan terhadap Psikolog Klinis pada tahun

Perhitungan kebutuhan Psikolog Klinis di Indonesia secara rasio menunjukkan bahwa Indonesia masih berada di bawah rasio *supply* negara ASEAN seperti Thailand dan Singapura, namun sudah berada di atas Malaysia dan Filipina. Rasio permintaan / kebutuhan terhadap Psikolog Klinis pada tahun

2032 diproyeksikan sebesar 0,016 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani 62.500 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Psikolog Klinis mencapai 1 orang Psikolog Klinis melayani sekitar 72.867 penduduk. Sedangkan di Singapura, rasio *supply* Psikolog Klinis adalah 1 orang melayani sekitar 10.309 penduduk.

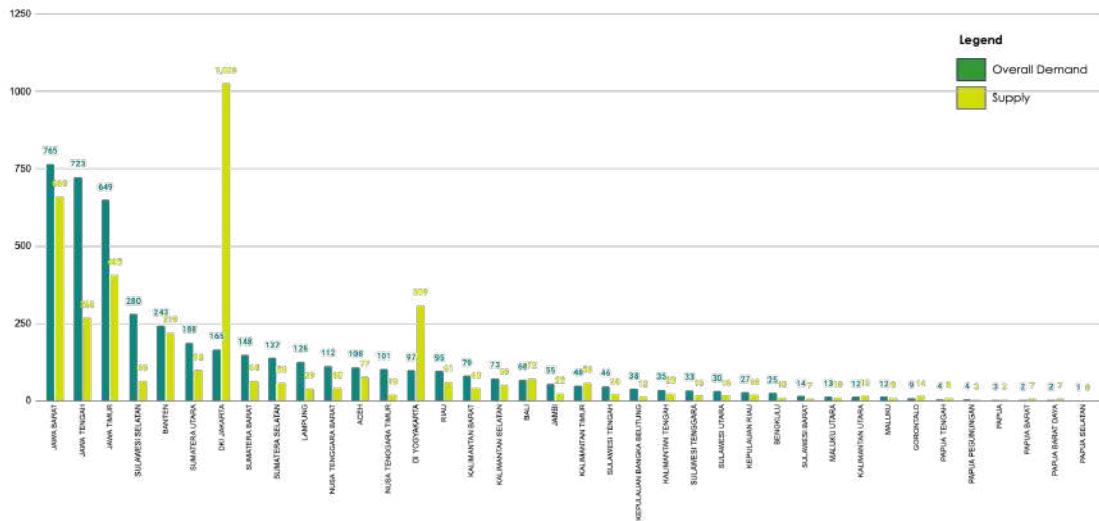
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Psikolog Klinis Tahun 2023-2032



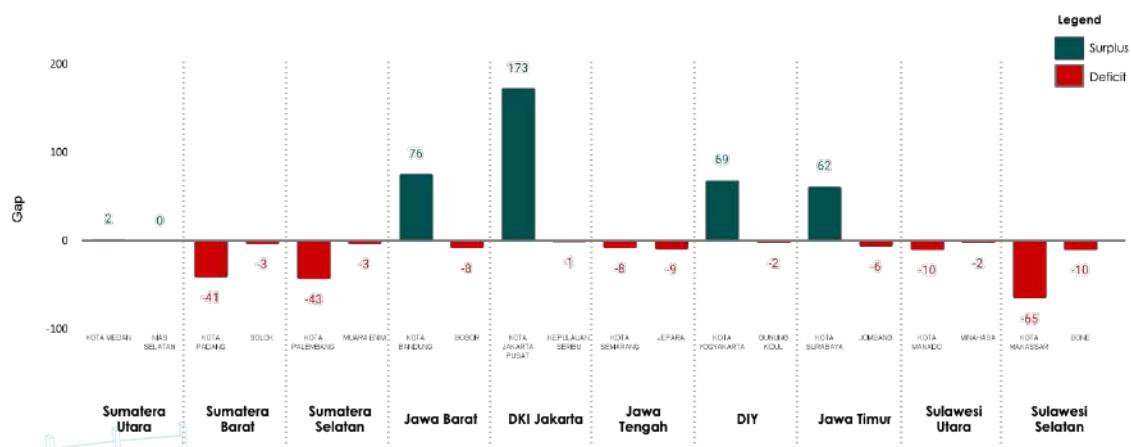
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Psikolog Klinis selama 10 tahun menunjukkan bahwa Indonesia mengalami kekurangan Psikolog Klinis pada tahun 2023 hingga 2028. Pada tahun 2029 terjadi titik keseimbangan antara *supply* dan *demand*, dan setelah itu terjadi surplus hingga tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk menjaga keberlanjutan pemenuhan layanan Psikolog Klinis serta memastikan distribusinya merata, agar kesenjangan tidak kembali terjadi di wilayah tertentu.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa sebagian besar provinsi belum memenuhi kebutuhan Psikolog Klinis. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Tenaga Sanitasi Lingkungan terbanyak ada di Jawa Barat disusul oleh Jawa Tengah, dan Jawa Timur sedangkan untuk kekurangan Teknisi Kardiovaskuler terbanyak terjadi di Jawa Tengah, disusul Jawa Timur dan Sulawesi Selatan.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Psikolog Klinis pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, masih banyak yang mengalami kekurangan Psikolog Klinis.



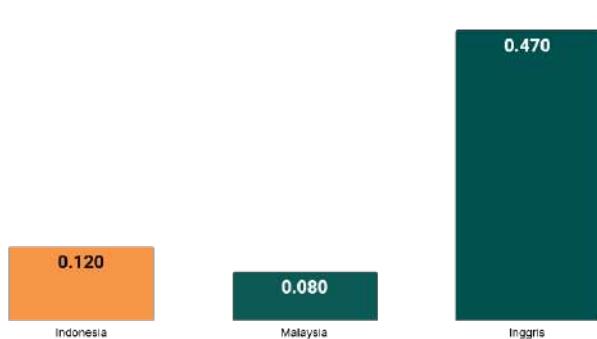
58. FISIOTERAPIS

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Fisioterapis tahun 2025 sebesar 39.296, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari

data di bawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 21.823 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 17.473 Fisioterapis.

Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
21.823	39.296	-17.473

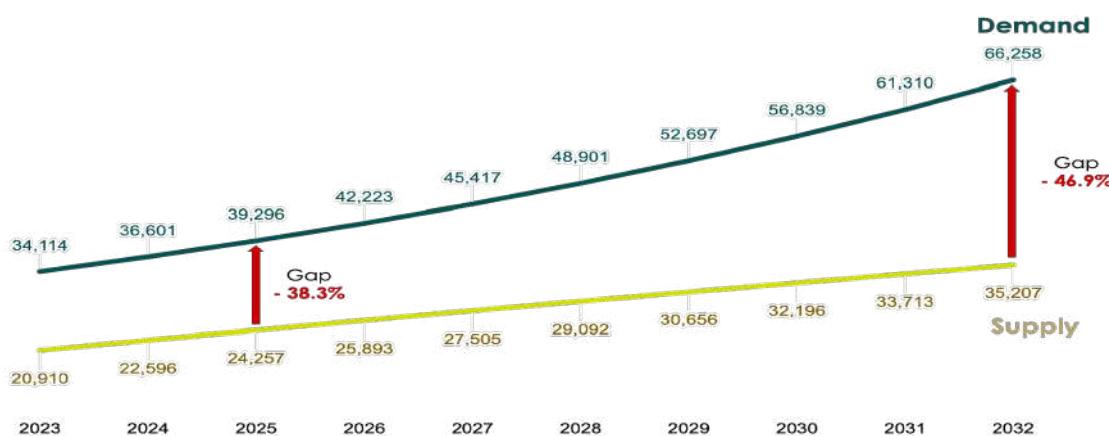


Perhitungan kebutuhan Fisioterapis di Indonesia secara rasio menunjukkan bahwa Indonesia sudah berada di atas rasio *supply* negara ASEAN seperti Malaysia, namun masih jauh dibawah negara maju seperti Inggris. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Fisioterapis pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,120 per

1.000 penduduk atau 1 orang melayani sekitar 8.333 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Fisioterapis mencapai 1 orang melayani sekitar 12.868 penduduk. Sedangkan di Malaysia, rasio *supply* Fisioterapis adalah 1 orang melayani sekitar 12.500 penduduk, dan di Inggris 1 orang melayani sekitar 2.128 penduduk.

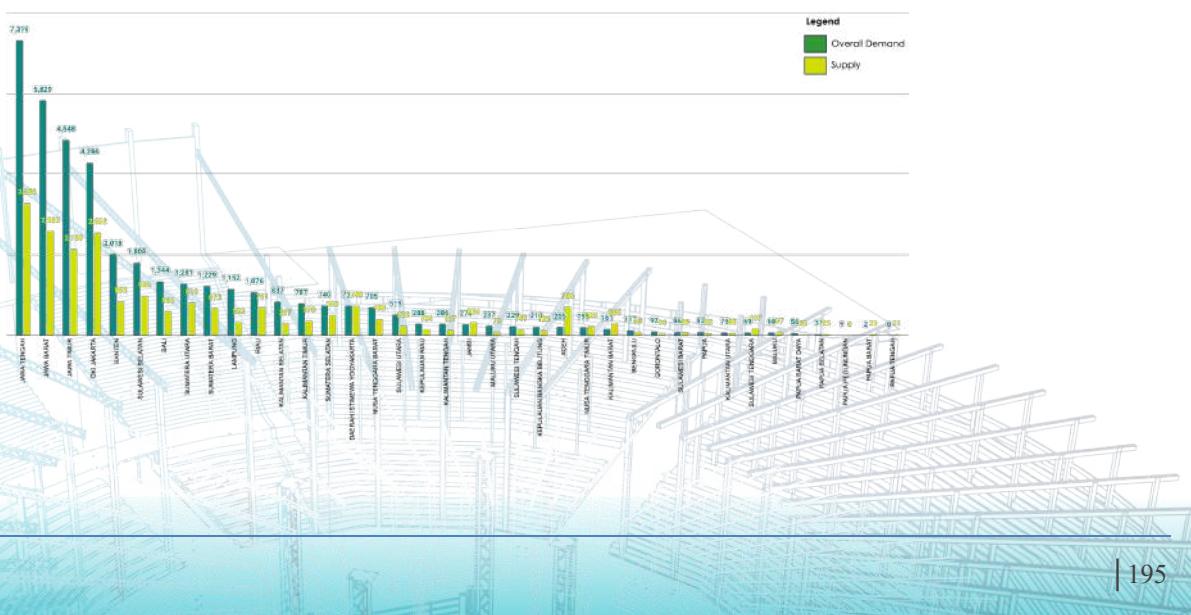
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Fisioterapis Tahun 2023-2032



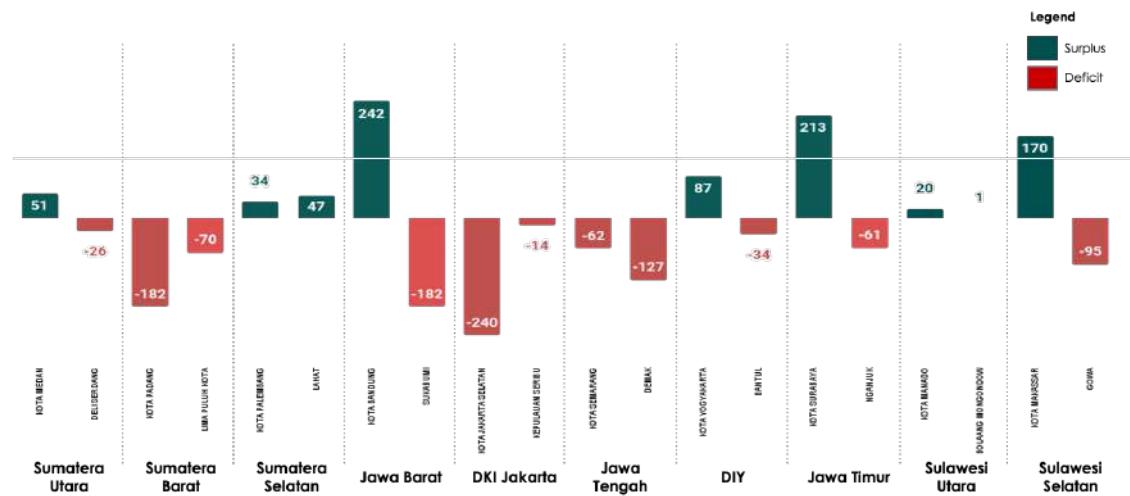
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Fisioterapis selama 10 tahun menunjukkan bahwa Indonesia mengalami kekurangan tenaga sejak tahun 2023 hingga tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Fisioterapis guna menghindari kesenjangan yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Fisioterapis. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Fisioterapis terbanyak ada di Jawa Tengah, disusul oleh Jawa Barat dan Jawa Timur, sedangkan untuk kekurangan Fisioterapis terbanyak terjadi di Jawa Tengah, disusul Jawa Barat dan Jawa Timur.



Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Estimasi kesenjangan kebutuhan Fisioterapis pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, sebagian wilayah sudah memenuhi kebutuhan bahkan mengalami surplus, namun masih lebih banyak daerah yang mengalami kekurangan Fisioterapis.

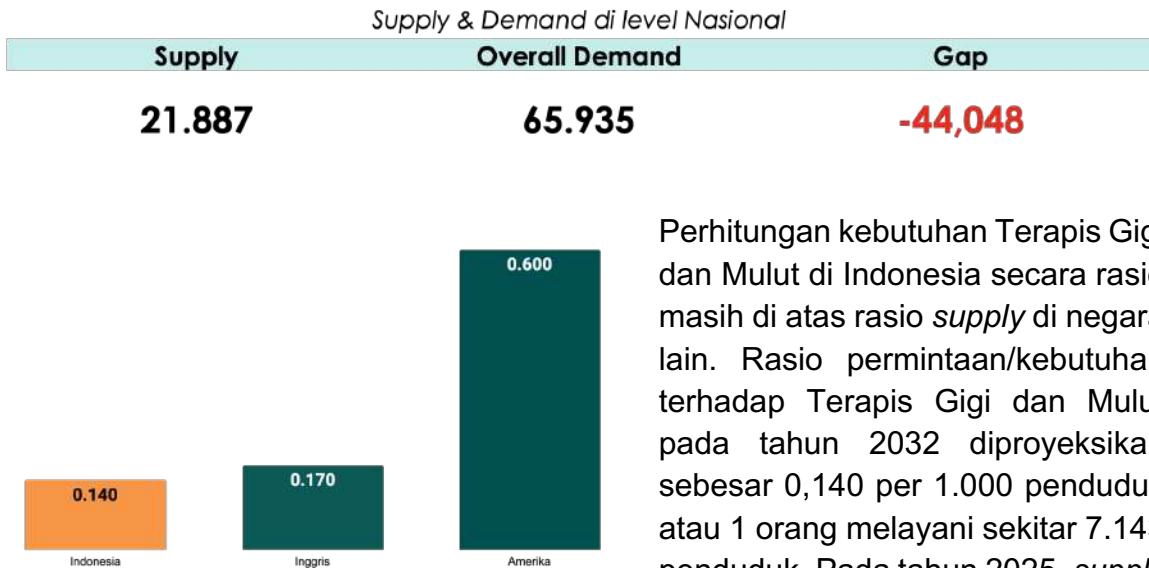


59. TERAPIS GIGI DAN MULUT

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Terapis Gigi dan Mulut tahun 2025 sebesar 65.935, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

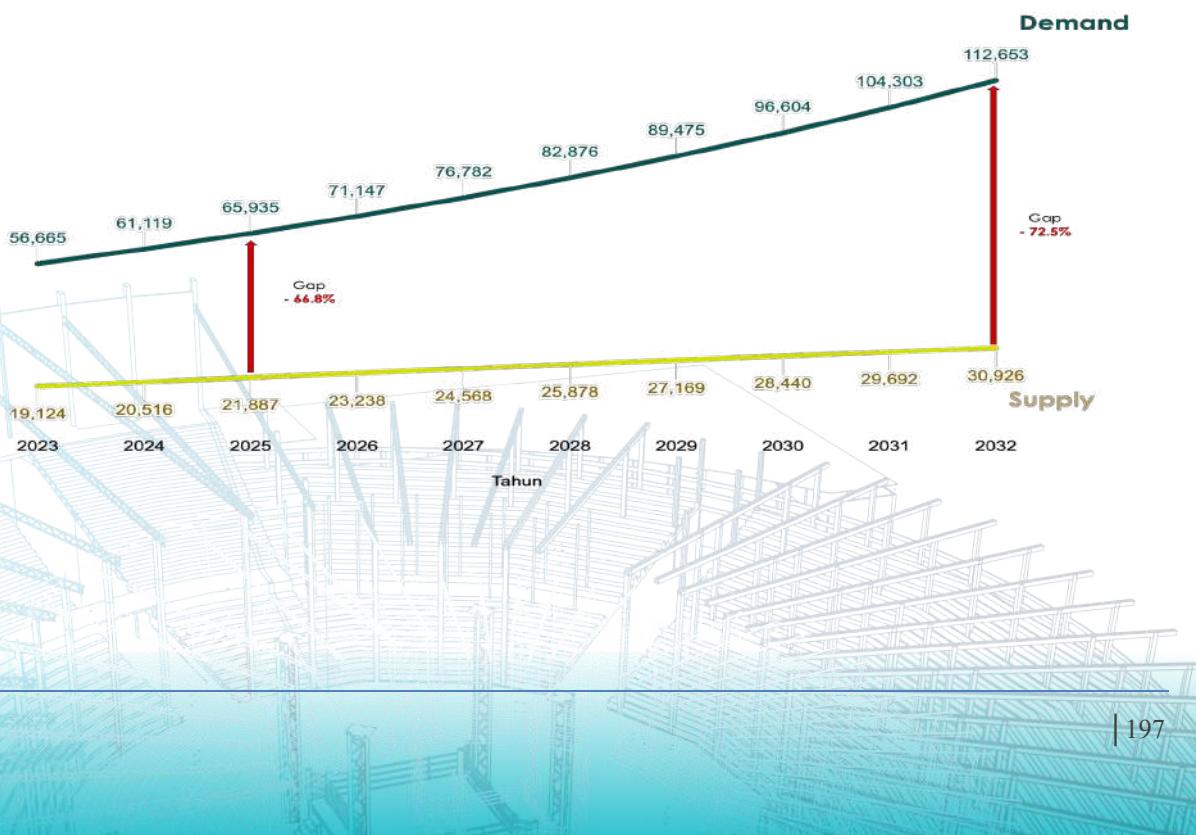
Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data di bawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 21.887 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 44.048 Terapis Gigi dan Mulut.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



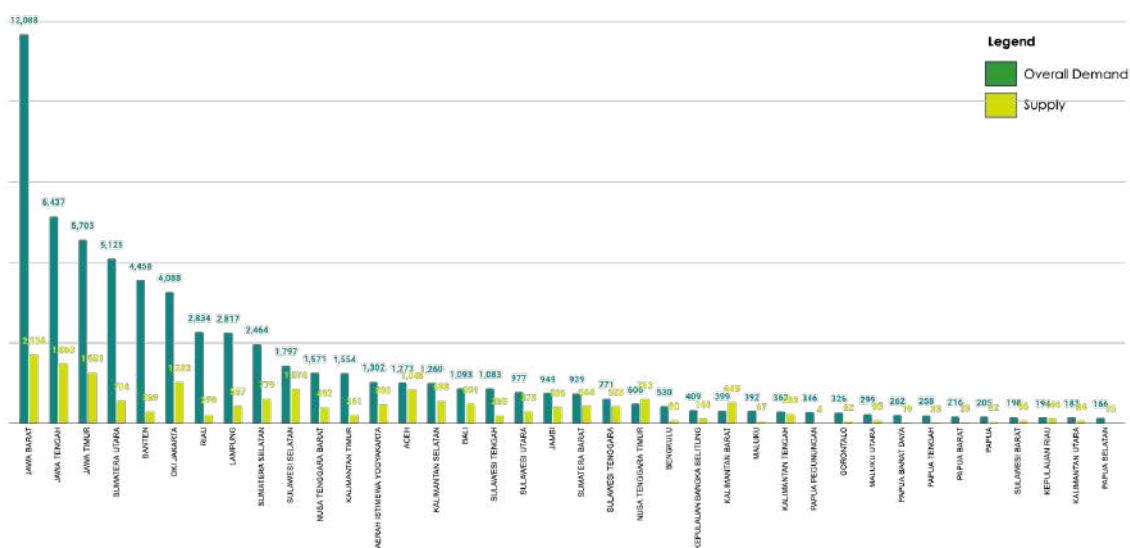
Perhitungan kebutuhan Terapis Gigi dan Mulut di Indonesia secara rasio masih di atas rasio *supply* di negara lain. Rasio permintaan/kebutuhan terhadap Terapis Gigi dan Mulut pada tahun 2032 diproyeksikan sebesar 0,140 per 1.000 penduduk atau 1 orang melayani sekitar 7.143 penduduk. Pada tahun 2025, *supply* Terapis Gigi dan Mulut mencapai 1 orang melayani sekitar 12.830 penduduk. Sedangkan di Inggris, rasio *supply* Terapis Gigi dan Mulut adalah 1 orang melayani sekitar 5.882 penduduk dan di Amerika Serikat 1 orang melayani sekitar 1.667 penduduk.

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Terapis Gigi dan Mulut Tahun 2023-2032



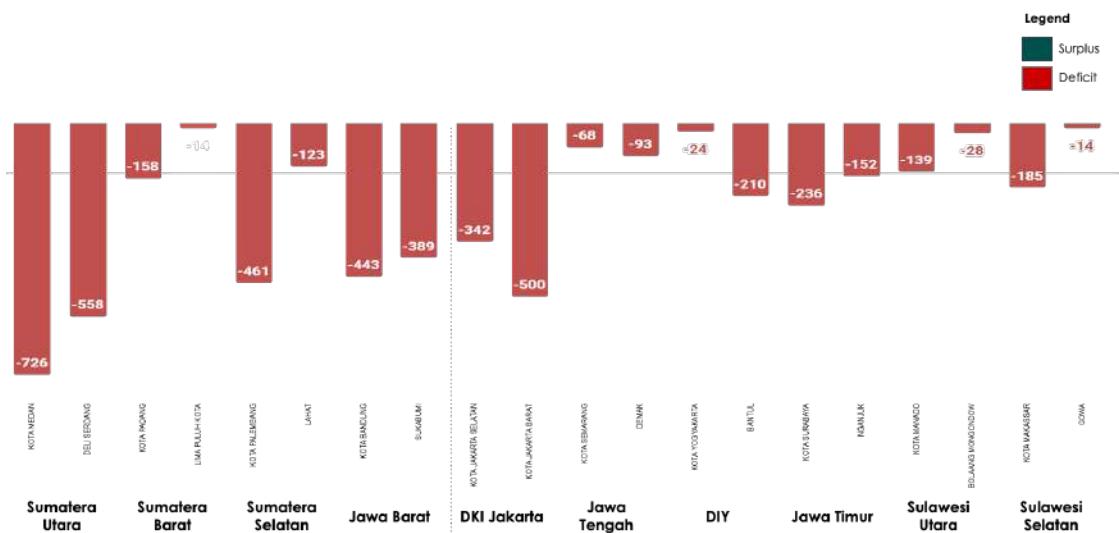
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Terapis Gigi dan Mulut selama 10 tahun menunjukkan bahwa Indonesia mengalami kekurangan tenaga sejak tahun 2023 hingga tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Terapis Gigi dan Mulut guna menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Terapis Gigi dan Mulut. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Terapis Gigi dan Mulut terbanyak ada di Jawa Barat, disusul oleh Jawa Tengah dan Jawa Timur, sedangkan untuk kekurangan Terapis Gigi dan Mulut terbanyak terjadi di Jawa Barat, disusul Jawa Tengah dan Sumatera Utara.



Estimasi kesenjangan kebutuhan Terapis Gigi dan Mulut pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa seluruh Kabupaten dan Kota yang menjadi sampel masih mengalami kekurangan Terapis Gigi dan Mulut.

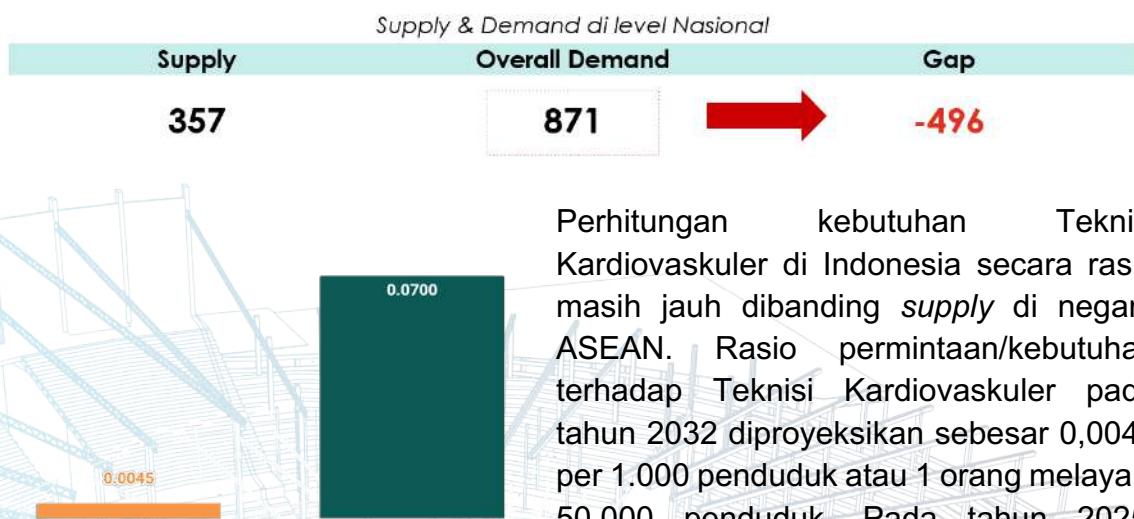
Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



60. TEKNISI KARDIOVASKULER

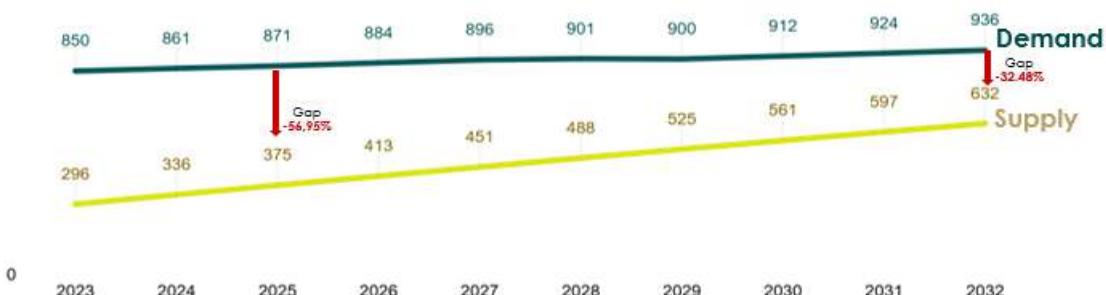
Hasil perhitungan berdasarkan *Supply* Dan *Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Teknisi Kardiovaskuler tahun 2025 sebesar 871, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 554 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 496 Teknisi Kardiovaskuler.



supply Sp. JP baru mencapai 1 orang Sp. JP melayani 222.222 penduduk. Sedangkan Singapura rasio *supply* Teknisi Kardiovaskuler telah mencapai 1 orang melayani 14.285 penduduk.

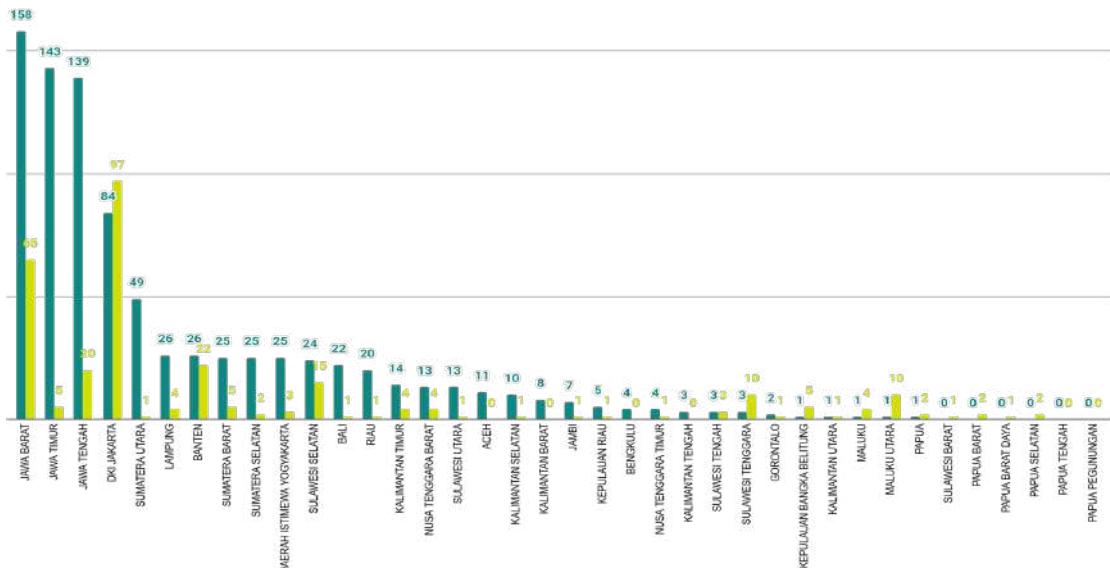
Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Teknisi Kardiovaskuler Tahun 2023-2032



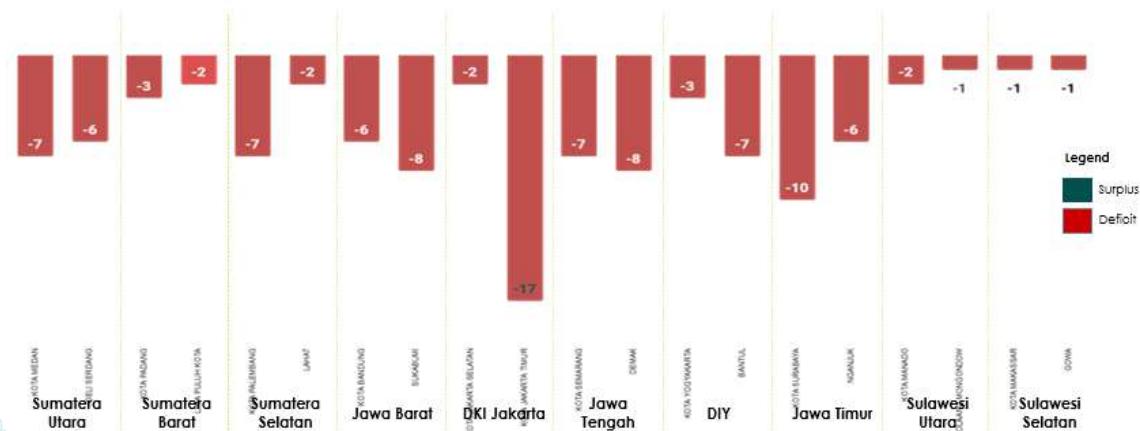
Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Teknisi Kardiovaskuler selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Teknisi Kardiovaskuler pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Teknisi Kardiovaskuler untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Teknisi Kardiovaskuler. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Teknisi Kardiovaskuler terbanyak ada di Jawa Barat Disusul oleh Jawa Timur, dan Jawa Tengah sedangkan untuk kekurangan Teknisi Kardiovaskuler terbanyak terjadi di Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Estimasi kesenjangan kebutuhan Teknisi Kardiovaskuler pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, Teknisi Kardiovaskuler masih banyak mengalami kekurangan.



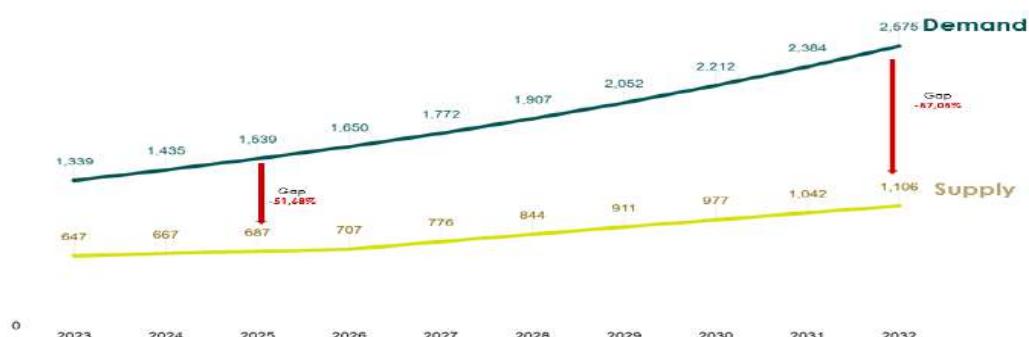
61. FISIKAWAN MEDIS

Hasil perhitungan berdasarkan *Supply Dan Demand* didapatkan *demand* kebutuhan Fisikawan Medis tahun 2025 sebesar 1.539, yang kemudian diproyeksikan sampai tahun 2032 dengan memperhitungkan prevalensi penyakit.

Sedangkan, perhitungan *supply* dipengaruhi oleh ketersediaan tahun lalu dan dikurangi atrisi kemudian ditambah rata-rata jumlah lulusan per tahun. Dari data dibawah ini terlihat *supply* pada tahun 2025 sebesar 687 orang, sehingga terdapat gap antara *supply* dan *demand* sebesar 852 Fisikawan Medis.

Supply & Demand di level Nasional		
Supply	Overall Demand	Gap
687	1.539	-852

Grafik Proyeksi Kebutuhan *supply-demand* Fisikawan Medis Tahun 2023-2032

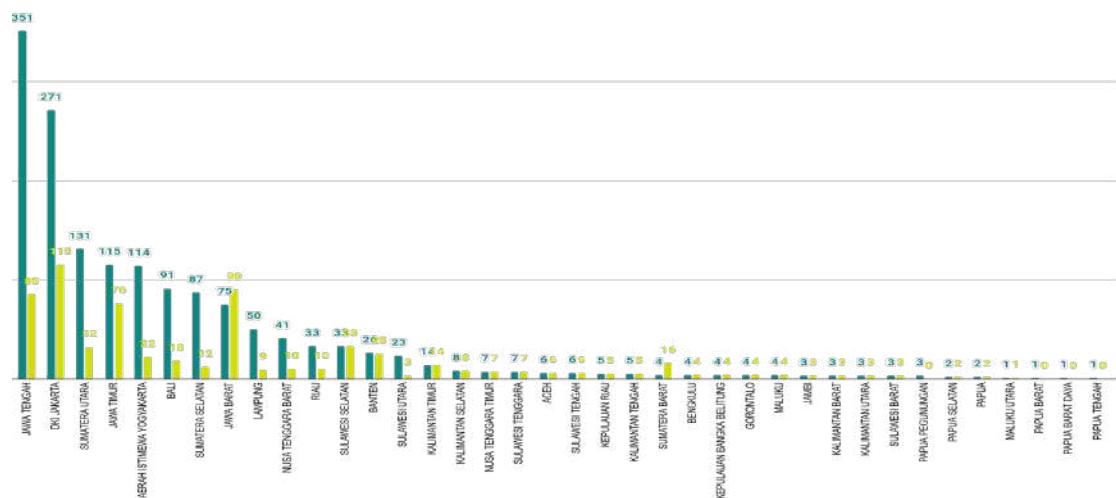


Hasil proyeksi *supply* dan *demand* Fisikawan Medis selama 10 tahun, diketahui bahwa Indonesia mengalami kekurangan Fisikawan Medis pada tahun 2023 sampai tahun 2032. Perlu dilakukan intervensi untuk mengelola pemenuhan layanan Teknisi Kardiovaskuler untuk menghindari gap yang terlalu tinggi.

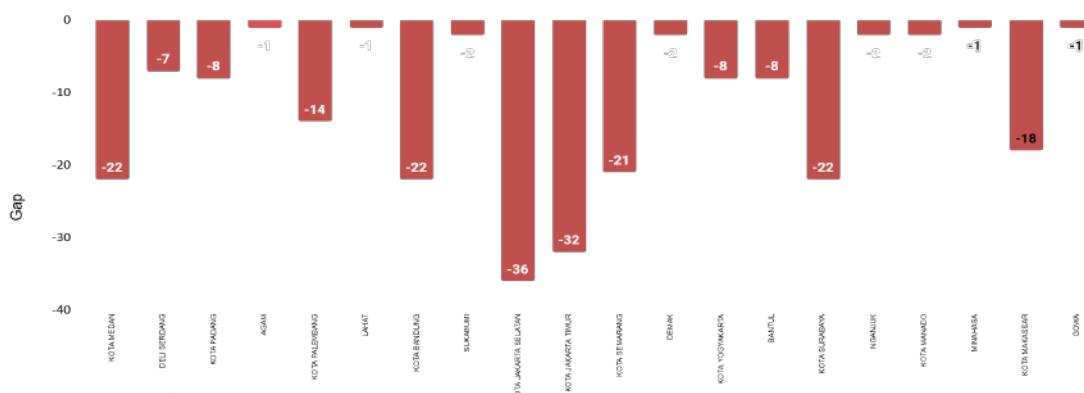
Jika dilihat berdasarkan distribusi kebutuhan dan *supply* per provinsi, diketahui bahwa hampir semua provinsi belum memenuhi kebutuhan Fisikawan Medis. Dari grafik di bawah tergambar bahwa kebutuhan Fisikawan Medis terbanyak ada di Jawa Tengah disusul oleh DKI Jakarta, dan Sumatera Utara untuk

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

kekurangan Fisikawan terbanyak juga terjadi terjadi di Provinsi yang sama.



Estimasi kesenjangan kebutuhan Fisikawan Medis pada sampel Ibu Kota Provinsi dan salah satu Kabupaten secara acak. Dari grafik di bawah ini terlihat bahwa pada tingkat provinsi maupun kabupaten kota, Fisikawan Medis masih banyak mengalami kekurangan.



3.1.2. Perencanaan dengan pendekatan Institusi

Sejak terbitnya UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang diperkuat dengan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, perencanaan SDMK pada fasilitas pelayanan kesehatan primer dan lanjutan, khususnya dokter spesialis dan tenaga kesehatan prioritas di RS tidak hanya berfokus pada perencanaan kebutuhan namun juga pada perencanaan pemenuhan dengan menitikberatkan pada peningkatan validitas dan akurasi data kebutuhan serta penguatan koordinasi dan kerjasama lintas sektor dengan seluruh pemangku kepentingan baik di Tingkat Pusat (Kementerian/Lembaga) maupun di Tingkat Daerah (Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota). **Perhitungan perencanaan kebutuhan SDMK melalui pendekatan institusi mempertimbangkan** standar layanan di fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk jumlah sasaran pelayanan dengan berpedoman kepada cara perhitungan perencanaan dengan pendekatan wilayah.

Perencanaan dengan pendekatan Institusi dilakukan dengan 2 metode yaitu:

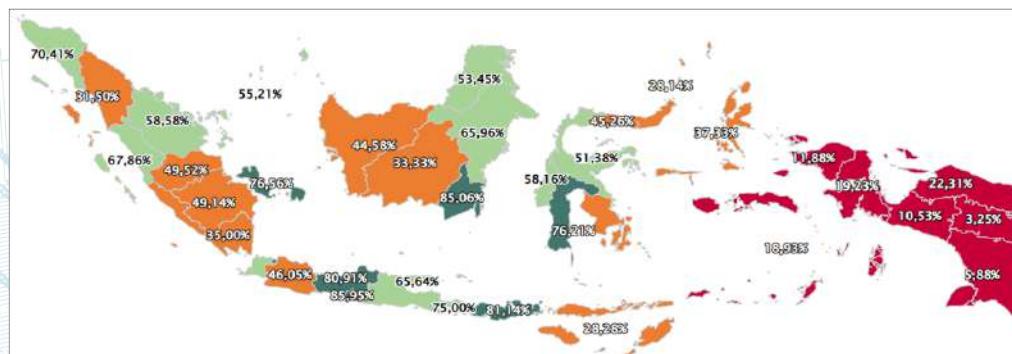
1. Standar Ketenagaan Minimal (SKM)

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah telah ditetapkan SKM, baik jenis maupun jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatannya oleh Kemenkes, yang diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan. Contohnya SKM di Puskesmas diatur didalam Permenkes Nomor 43 Tahun 2019, sebagaimana dijelaskan pada tabel berikut:

Standar Ketenagaan di Puskesmas

No	Jenis tenaga	PKM Perkotaan Non Rawat Inap	PKM Pedesaan Non rawat inap	PKM Pedesaan Rawat Inap	PKM Terpencil dan Sangat Terpencil Non Rawat Inap	PKM Terpencil dan Sangat Terpencil Rawat Inap
TENAGA KESEHATAN						
1	Dokter/Dokter Layanan Primer	1	1	2	1	2
2	Dokter Gigi	1	1	1	1	1
3	Perawat	5	5	8	5	8
4	Bidan	4	4	7	4	7
5	Tenaga Promkes	2	1	1	1	1
6	Tenaga Sanitasi Lingkungan	1	1	1	1	1
7	Nutrisionis	1	1	2	1	2
8	Apoteker/TTK	1	1	1	1	1
9	ATLM	1	1	1	1	1
TENAGA NON KESEHATAN						
1	Tenaga Sistem Informasi	1	1	1	1	1
2	Tenaga Admin. Keuangan	1	1	1	1	1
3	Tenaga Ketatausahaan	1	1	1	1	1
4	Pekarya	2	1	1	1	1
TOTAL		22	19	27	19	27

Secara umum, kebutuhan SDM Kesehatan di Puskesmas, baik jenis maupun jumlahnya, ditentukan oleh karakteristik wilayah kerja (perkotaan, pedesaan, terpencil, dan sangat terpencil) dan kemampuan layanan (Puskesmas rawat inap dan non rawat inap). Selanjutnya SKM digunakan sebagai acuan dalam menghitung kekurangan maupun kelebihan SDM Kesehatan di Puskesmas. Di bawah ini adalah contoh pemetaan kekurangan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas:



Keterangan Kelengkapan 9 Jenis Tenaga Standar Ketenagaan Minimal di Indonesia

■ 76% - 100% | ■ 51% - 75% | ■ 26% - 50% | ■ 0% - 25%

Gambar di atas menunjukkan bahwa hanya beberapa Provinsi/Kabupaten/Kota yang mempunyai Puskesmas dengan tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai standar, dimana untuk Wilayah Indonesia Timur angkanya semakin jauh dari standar. Selanjutnya kekurangan sesuai dengan SKM tersebut di atas digunakan sebagai dasar dalam pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan melalui berbagai mekanisme antara lain:

- a. Penentuan Formasi pengadaan Aparatur Sipil Negara (ASN) oleh Kementerian Lembaga di Pusat, Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota.
- b. Penugasan Khusus yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, khususnya untuk mengisi kekosongan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) serta Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK)
- c. Penentuan Formasi pengadaan pegawai dengan melalui BLU dan BLUD
- d. Redistribusi dari Puskesmas yang tenaga medis dan tenaga kesehatannya telah melebihi SKM dan Analisis Beban Kerja (ABK) ke Puskesmas yang masih kekurangan.

Selain perhitungan tenaga medis dan tenaga kesehatan berbasis SKM, untuk mengakomodir kebutuhan ideal terhadap jumlah dan jenjang Jabatan Fungsional masing-masing jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk, luas dan karakteristik wilayah,

ketersediaan fasilitas layanan kesehatan, dan pembagian waktu kerja, maka dilakukan pendekatan lainnya yaitu berdasarkan Analisis Beban Kerja (ABK). Contoh implementasinya adalah Puskesmas Rawat Inap dengan jumlah sasaran penduduk sebesar 100.000 membutuhkan jumlah Dokter di atas SKM (lebih dari 2 orang) dibandingkan dengan Puskesmas Rawat Inap dengan penduduk sebesar 30.000.

Seiring dengan transformasi layanan kesehatan di Puskesmas, Standar SKM yang ditetapkan di Puskesmas bertambah jumlah dan jenisnya yang diatur di dalam Permenkes No. 19 Tahun 2024, dari semula hanya 9 Jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan bertambah menjadi 14 Jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan, yaitu Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga dan Layanan Primer (SPKKLP), Epidemiolog, Psikologi Klinis, Terapis Gigi dan Mulut dan Fisioterapis.

Sebagaimana perubahan SKM di Puskesmas, demikian pula hal nya dengan standar kebutuhan tenaga medis khususnya Dokter Spesialis dari semula hanya menghitung kebutuhan 7 Jenis Dokter Spesialis (Dokter Spesialis Penyakit Dalam, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, Dokter Spesialis Bedah, Dokter Spesialis Anestesi, Dokter Spesialis Radiologi, dan Dokter Spesialis Patologi Klinik), seiring dengan transformasi layanan rujukan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi (KJSU), bertambah menjadi minimal 4 Jenis Dokter Spesialis lainnya yaitu Dokter Spesialis Patologi Anatomi, Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah, Dokter Spesialis Neurologi, dan Dokter Spesialis Urologi.

Selanjutnya kebutuhan ideal ditetapkan berdasarkan hasil perhitungan ABK. Saat ini telah ditetapkan SKM berdasarkan jenis fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu:

a. SKM di Rumah Sakit

Regulasi mengatur SKM untuk Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di RS secara komprehensif belum ada. Regulasi yang ada hanya mengatur terkait jenis Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan tanpa mengatur jumlah minimal tenaga yang harus tersedia di rumah sakit sesuai dengan klasifikasinya



Dalam rangka meningkatkan akses dan mutu layanan rujukan melalui Transformasi Sistem Kesehatan, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2024 memperluas perencanaan kebutuhan SDMK untuk mendukung penanganan penyakit prioritas dengan beban kematian dan biaya tinggi, yaitu Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi, serta Kesehatan Ibu dan Anak (KJSU-KIA). Tidak hanya dokter spesialis dasar, perencanaan kini mencakup tenaga pengampu layanan prioritas seperti dokter spesialis jantung dan pembuluh darah, neurologi, patologi anatomi, urologi, serta tenaga kesehatan pendukung lainnya seperti perawat, bidan, radiografer, fisikawan medik, analis laboratorium medik, dan elektromedis. Penempatan tenaga tersebut difokuskan pada rumah sakit jejaring

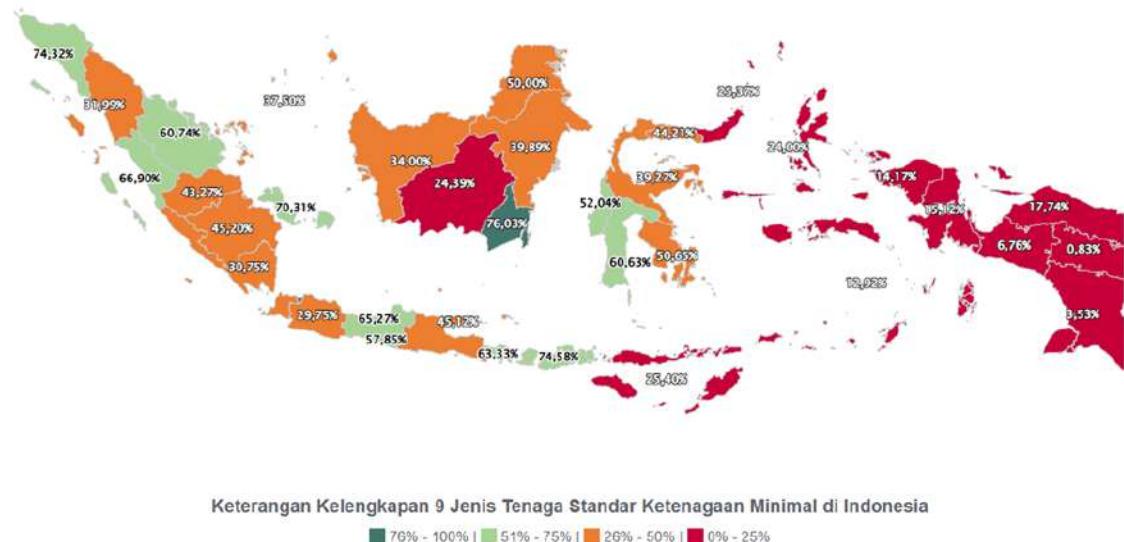
pengampuan strata madya di tingkat kabupaten/kota, sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277 Tahun 2024.

b. SKM di Puskesmas

Transformasi layanan kesehatan primer dilakukan untuk meningkatkan akses dan pelayanan kesehatan primer yang meliputi penguatan edukasi penduduk, peningkatan pencegahan primer melalui peningkatan akses imunisasi, pencegahan sekunder melalui skrining penyakit, serta peningkatan kapasitas dan kapabilitas layanan primer melalui revitalisasi jejaring dan standarisasi fasilitas pelayanan kesehatan primer (puskesmas, labkesmas dan puskesmas pembantu).

Transformasi layanan kesehatan primer melalui revitalisasi fasilitas pelayanan kesehatan primer menunjang pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) sesuai dengan siklus hidup manusia. Pelaksanaan ILP memerlukan SDM di tiap tingkatan Fasyankes Primer.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Puskesmas telah disusun SKM di Puskesmas di tingkat kecamatan yang terdiri dari 9 jenis yaitu Dokter, Dokter Gigi, Perawat, Bidan, Sanitasi Lingkungan, ATLM, Kesmas, Farmasi, Gizi. Berikut merupakan kondisi kelengkapan Puskesmas dengan 9 jenis tenaga kesehatan di Indonesia. Berdasarkan data, masih terdapat 66% (6.740) puskesmas yang belum lengkap 9 jenis tenaga.



c. SKM di Labkesmas

1) Labkesmas Tier 2

Berdasarkan KMK No HK.01.07/MENKES/1801/2024 tentang Standar Laboratorium Kesehatan Masyarakat, untuk Labkesmas Tier 2 (Tingkat Kabupaten/kota) terdiri dari 6 jenis yaitu ATLM, Sanitasi Lingkungan, Epidemiolog, Entomolog, Biologi, dan Analis Kimia/Kimia/Farmasi.



Keterangan Kelengkapan 11 Tenaga Laboratorium Standar Ketenagaan Minimal di Indonesia

■ 76% - 100% | ■ 51% - 75% | ■ 26% - 50% | ■ 0% - 25%

2) Labkesmas Tier 3

Berdasarkan KMK No HK.01.07/MENKES/1801/2024 tentang Standar Laboratorium Kesehatan Masyarakat, untuk Labkesmas Tier 3 (Tingkat Provinsi) terdiri dari 9 jenis yaitu ATLM, Elektromedik, Sanitasi Lingkungan, Epidemiologi, Entomolog, Biologi, Biomedik/Bioteknologi/Biomolekuler, Analis Kimia/Kimia/Farmasi dan Kompetensi Patologi Klinik.



Keterangan Kelengkapan 11 Tenaga Laboratorium Standar Ketenagaan Minimal di Indonesia

■ 76% - 100% | ■ 51% - 75% | ■ 26% - 50% | ■ 0% - 25%

2. Analisis Beban Kerja (ABK Kesehatan)

Penyelenggaraan pemerintahan yang efisien dan efektif menjadi tuntutan diera globalisasi yang sarat dengan persaingan dan keterbatasan disegala bidang. Kenyataan tersebut menuntut profesionalisme sumber daya aparatur dalam pelaksanaan urusan pemerintahan. Namun demikian, yang terjadi saat ini bahwa profesionalisme yang diharapkan dari sumber daya aparatur belum sepenuhnya terwujud. Salah satu penyebab utamanya karena terjadi ketidak sesuaian antara kompetensi pegawai dengan jabatan yang didudukinya. Ketidaksesuaian itu disebabkan oleh komposisi keahlian atau keterampilan pegawai yang belum proporsional. Demikian pula, pendistribusian pegawai masih belum mengacu pada kebutuhan nyata organisasi, dalam arti belum didasarkan pada beban kerja organisasi. Menumpuknya pegawai di satu unit tanpa pekerjaan yang jelas dan kurangnya pegawai di unit lain merupakan kenyataan dari permasalahan tersebut. Di sisi lain pembentukan organisasi cenderung tidak berdasarkan kebutuhan nyata, dalam arti organisasi yang dibentuk terlalu besar sementara beban kerjanya kecil, sehingga pencapaian tujuan organisasi tidak efektif dan efisien.

Dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Nomor 6 Tahun 2024 Tentang Pengadaan Pegawai Aparatur Sipil Negara bahwa Instansi Pemerintah menyusun rencana kebutuhan ASN. Instansi Pemerintah menyusun kebutuhan jumlah dan jenis Jabatan ASN untuk jangka waktu 5 (lima) tahun yang diperinci per 1 (satu) tahun berdasarkan prioritas kebutuhan. Penyusunan kebutuhan Pegawai ASN disusun dengan mempertimbangkan kebutuhan organisasi dan ketersediaan anggaran belanja pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyusunan kebutuhan jumlah dan jenis Jabatan ASN dilaksanakan berdasarkan Analisis Jabatan dan Analisis Beban Kerja. Analisis Beban Kerja digunakan untuk menghitung jumlah kebutuhan pegawai atau Pemangku Jabatan berdasarkan sejumlah target pekerjaan yang harus diselesaikan pada satuan waktu tertentu. Aspek dalam melaksanakan Analisis Beban Kerja terdiri atas: uraian tugas, volume kerja atau beban kerja, norma waktu, dan waktu kerja efektif. Instansi Pusat dan Instansi Daerah wajib melaksanakan analisis jabatan dan analisis beban kerja sebagai prasyarat untuk menyusun peta jabatan, uraian jabatan, serta jumlah kebutuhan ASN.

Dalam menyusun rencana kebutuhan jumlah dan jenis Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan di daerah, perhitungan dilakukan melalui aplikasi perencanaan kebutuhan milik Kementerian Kesehatan (<https://renbut.kemkes.go.id>). Hasil perhitungan akan dianalisis dengan memperhatikan ketersediaan jumlah dan jenis Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang dimiliki oleh fasyankes sehingga diketahui kelebihan dan kekurangan setiap jenis Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pada setiap fasyankes di instansi milik pemerintah daerah maupun pusat.

Untuk menjamin penyusunan dokumen rencana kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang berkualitas, maka dilakukan beberapa tahapan dalam perhitungan kebutuhan, yaitu:

1. Perhitungan kebutuhan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan
2. (Untuk Pemerintah Daerah) Verifikasi dan validasi kebutuhan oleh Pemerintah Daerah Provinsi atau Kabupaten/ Kota melibatkan:
 - a. Dinas Kesehatan,
 - b. Biro/ Bagian Organisasi dan Tata Kelola serta,

- c. Badan Kepegawaian dan Pengembangan SDM (BKPSDM/BKD).
3. (Untuk Kementerian/ Lembaga) Verifikasi dan validasi kebutuhan untuk Kementerian/ Lembaga (K/L) dilakukan oleh Biro Organisasi SDM atau Biro Kepegawaian Kementerian/ Lembaga
4. Verifikasi dan Validasi akhir oleh Instansi Pembina (Kementerian Kesehatan) untuk kemudian diterbitkan Rekomendasi Kebutuhan JF Kesehatan
5. Usulan formasi berdasarkan rekomendasi instansi pembina oleh BKPSDM/ BKD (Pemda) atau Biro OSDM (K/L).

Pasca terbitnya Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 beberapa penyesuaian dilakukan termasuk perubahan pada standar fasilitas kesehatan dan standar pelayanan kesehatan. Hal ini menuntut perubahan pada sistem perhitungan perencanaan kebutuhan yang harus mengakomodir perubahan standar dan sinkronisasi sistem.

Pasca disahkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, salah satu amanat strategis yang ditekankan adalah peningkatan kualitas perencanaan SDMK yang bersifat terintegrasi dan berbasis data. Dalam rangka mewujudkan hal tersebut, pencatatan data individu tenaga kesehatan mulai dilaksanakan melalui Aplikasi Satu Sehat SDMK, dengan SISDMK berfungsi sebagai alat verifikasi oleh rumah sakit. Pendekatan ini diharapkan dapat meningkatkan validitas data individu tenaga kesehatan, yang pada gilirannya akan memperkuat akurasi data kebutuhan dan rencana pemenuhan SDMK secara nasional.

Sistem Informasi Perencanaan Kebutuhan yang terintegrasi dengan Satu Sehat SDMK sebagai sumber data juga telah terintegrasi dengan Sistem Informasi Aparatur Sipil Negara (SIASN) milik Badan Kepegawaian

Negara (BKN) sejak tahun 2023, sehingga dapat mempermudah proses pengusulan formasi dalam pengadaan ASN di bidang kesehatan.

Sistem informasi yang dimaksud memanfaatkan sistem informasi SatuSehat SDMK melalui Dashboard Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menyajikan pemetaan kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan berdasarkan epidemiologis, distribusi penduduk, dan jenis layanan kesehatan yang diselenggarakan di masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan guna mempermudah pemangku kepentingan khususnya pemerintah daerah, dalam melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap ketersediaan dan pemenuhan SDMK di wilayah masing-masing termasuk daerah prioritas seperti **Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan (DTPK)**, maupun **Daerah Dengan Masalah Kesehatan (DBK)**.

3.2 Peta Jalan Produksi SDMK

Indonesia masih menghadapi tantangan ketidaksesuaian antara jumlah lulusan dengan kebutuhan di lapangan, baik secara kuantitas, jenis tenaga, maupun distribusi wilayah. Transformasi kesehatan mendorong pergeseran paradigma produksi SDMK dari berbasis kapasitas institusi pendidikan menjadi berbasis kebutuhan nasional dan wilayah, dengan menekankan prinsip pemerataan dan keadilan layanan.

Untuk mewujudkan produksi SDMK yang adaptif, responsif, dan berkelanjutan untuk mendukung tercapainya layanan kesehatan yang merata dan berkualitas di seluruh wilayah Indonesia, dilakukan beberapa strategi utama diantaranya:

3.2.1 Reformasi Sistem Pendidikan Kesehatan melalui Kombers

Dalam rangka peningkatan kualitas pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan, Menteri Kesehatan dan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi meluncurkan Komite Bersama pada tahun 2021 dan kemudian diperbaharui kembali pada tahun 2025. Komite Bersama memiliki tugas untuk :

1. Mengidentifikasi masalah, mengkaji alternatif solusi dan merumuskan rekomendasi solusi berbagai isu kebijakan pendidikan tinggi, penelitian, dan pelayanan bidang kesehatan;
2. Memperkuat kolaborasi antara pemerintah dengan pemangku kepentingan dalam implementasi kebijakan lintas sektor;
3. Melakukan pengawasan dan mengevaluasi implementasi kebijakan mengenai berbagai isu pendidikan tinggi yang berkaitan dengan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan berbasis bukti secara berkala; dan
4. Melakukan perbaikan berkelanjutan berdasarkan hasil evaluasi sebagai basis penguatan atau perubahan kebijakan di masing-masing kementerian.

Dalam menjalankan tugasnya, Komite Bersama dapat membentuk kelompok kerja sesuai kebutuhan dan keputusan yang diambil pada forum Komite Bersama akan menjadi rekomendasi untuk ditindaklanjuti oleh masing-masing Kementerian. Komite ini diharapkan menjadi wadah koordinasi lintas kementerian dalam menyusun solusi berbasis data dan inovasi, termasuk meninjau regulasi yang selama ini menghambat percepatan reformasi layanan kesehatan.

3.2.2 Skema ganda penyediaan dokter spesialis PPDS RSPPU

2025 Indonesia menghadapi kekurangan dokter spesialis yang sangat signifikan, yaitu sekitar **27.000 orang**. Sementara itu, kapasitas pendidikan nasional hanya mampu menghasilkan sekitar 2.700 dokter spesialis setiap tahunnya. Dengan laju produksi tersebut, untuk menutup kekurangan ini akan dibutuhkan waktu lebih dari 10 tahun, dan itu pun dengan asumsi tidak ada peningkatan kebutuhan atau pengurangan akibat pensiun, migrasi, maupun faktor lainnya.

Dalam konteks kebutuhan pelayanan kesehatan, target rasio ideal adalah 0,28 dokter spesialis per 1.000 penduduk, namun dengan kapasitas pendidikan saat ini, target tersebut sulit dicapai dalam waktu singkat. Oleh karena itu, diperlukan terobosan strategis untuk mempercepat pemenuhan kebutuhan dokter spesialis.

Sebagai bagian dari strategi pemenuhan tenaga medis yang berbasis kebutuhan wilayah, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 mengatur bahwa pendidikan profesi di bidang kesehatan untuk program spesialis dan subspesialis tidak hanya dapat dilaksanakan oleh perguruan tinggi, tetapi juga dapat diselenggarakan oleh Rumah Sakit Pendidikan sebagai Penyelenggara Utama. Penyelenggaraan ini dilakukan melalui kerja sama dengan perguruan tinggi, kementerian yang menangani urusan pemerintahan di bidang pendidikan, kementerian kesehatan, serta melibatkan peran aktif Kolegium.

Sebagai tindak lanjut kebijakan tersebut, Kementerian Kesehatan menginisiasi Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) berbasis Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSPPU). Program pendidikan berbasis rumah sakit (hospital-based) ini diselenggarakan secara paralel dengan program PPDS yang dilaksanakan di universitas (university-based), sehingga diharapkan dapat mempercepat pemenuhan kebutuhan dokter spesialis di berbagai wilayah.

Pendidikan dokter spesialis berbasis RSPPU diselenggarakan dengan mengutamakan pemenuhan dan pemerataan di daerah yang kekurangan dokter spesialis. Pendidikan dokter spesialis berbasis RSPPU menggunakan prinsip afirmasi dengan keberpihakan pada daerah dan memastikan lulusan akan langsung didayagunakan di daerah terpencil yang kosong.

Dalam upaya memastikan program berjalan tepat sasaran dan sesuai dengan tujuan utama, terdapat langkah-langkah yang diambil dalam penyelenggaraaan PPDS RSPPU, yaitu:

1. Proses rekrutmen: sejak awal, proses rekrutmen dilakukan dengan mengutamakan afirmasi bagi putra/putri daerah yang bersedia, memilih dan berkomitmen untuk didayagunakan di DPTK sesuai kebutuhan nasional;
2. Pendayagunaan: lulusan akan di dayagunakan di wilayah DPTK dengan skema pengabdian
3. Mutu: dalam menjaga mutu pendidikan, penyelenggaraan PPDS RSPPU menerapkan standar minimal yang sama dengan sentra pendidikan dokter spesialis berbasis universitas.

Kemenkes bekerjasama dengan Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP) dalam proses penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis RSPPU, sehingga segala pembiayaan selama proses pendidikan dokter spesialis di RSPPU tidak dibebankan kepada peserta didik dan peserta didik tidak perlu membayar uang pendidikan kepada RSPPU. Selain tidak membayar uang pendidikan, peserta didik RSPPU akan menerima manfaat lain berupa bantuan biaya hidup yang diberikan oleh LPDP dan insentif atau imbalan jasa dari RSPPU dan jejaringnya sesuai tahapan pendidikan (awal, madya, dan mandiri).

Pada proses pendidikan dokter spesialis RSPPU, Kemenkes menerapkan pengaturan jam kerja berdasarkan praktik baik dari berbagai negara untuk mencegah kelelahan ekstrim serta menjaga patient safety. Jam kerja peserta didik PPDS RSPPU adalah 80 jam per minggu termasuk tugas jaga dan on call. Selain itu, Kemenkes juga menerapkan pemantauan kesehatan mental secara rutin dengan *wellbeing wizard* pada sistem e-logbook. Peserta didik dapat mengakses *whistle-blowing* system melalui e-logbook PPDS dan pencatatan *well-being* telah terkoneksi dengan hotline kanal perundungan Kemenkes.

3.2.3. Dukungan Pembiayaan Pendidikan melalui Pemberian Beasiswa bagi named dan nakes

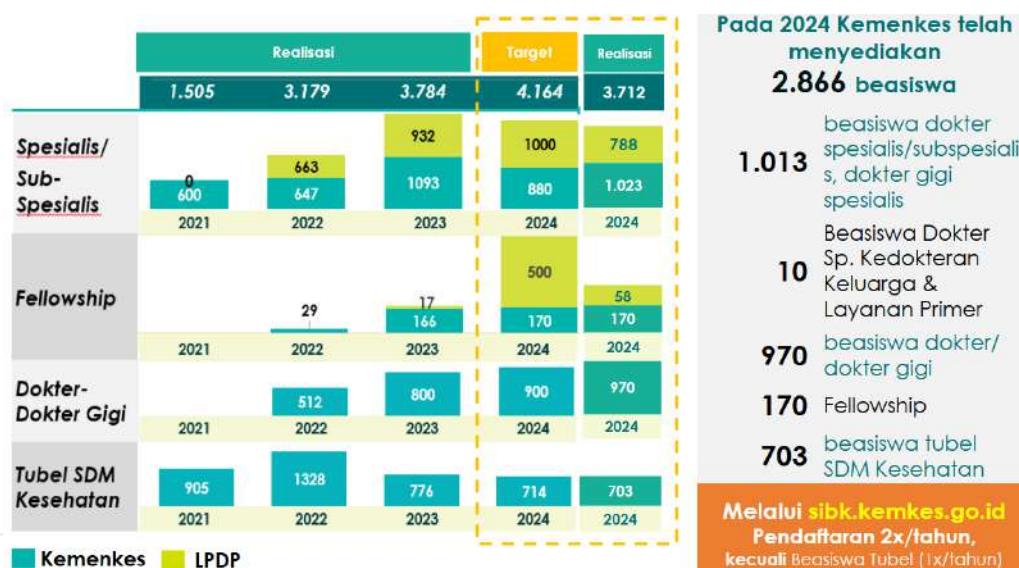
Kementerian Kesehatan menyelenggarakan program beasiswa bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dengan skema ikatan pengabdian. Program ini merupakan bentuk afirmasi dan strategi pemerataan akses pendidikan, terutama bagi putra-putri daerah, guna mendukung peningkatan jumlah tenaga kesehatan serta memastikan tidak adanya hambatan finansial dalam proses pendidikan. Selama periode tahun 2021 hingga 2024, Kementerian Kesehatan telah memberikan sebanyak 12.180 beasiswa kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dengan ikatan pengabdian yang bertujuan untuk mendukung pemerataan SDMK di seluruh Indonesia.

Secara umum, Kemenkes menyediakan program beasiswa bagi dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan subspesialis, dokter gigi spesialis dan subspesialis, dan SDM Kesehatan (perawat, bidan, gizi, kesehatan masyarakat, dan lainnya). Untuk memperluas cakupan program beasiswa, Kementerian Kesehatan menjalin kerja sama dengan Lembaga

Pengelola Dana Pendidikan (LPDP). Bentuk kerja sama ini mencakup pembiayaan pendidikan :

1. Pendidikan Dokter Spesialis dan Subspesialis, Dokter Gigi Spesialis dan Subspesialis
2. Pendidikan Perawat Spesialis, serta
3. Fellowship bagi Dokter Spesialis yang mendukung layanan prioritas nasional di bidang Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi (KJSU), serta Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Berikut adalah perkembangan atas realisasi pemberian Beasiswa Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sepanjang tahun 2021 s.d 2024 sebagai berikut:



Dalam upaya memenuhi target pemerataan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan menekankan pentingnya sinergi antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Diperlukan komitmen kuat dari Pemerintah Daerah untuk mendorong putra-putri

daerahnya mendaftar sebagai peserta beasiswa dan memastikan pemanfaatannya secara optimal setelah menyelesaikan pendidikan, khususnya di wilayah asal masing-masing.

Mulai periode pertama tahun 2025, beasiswa untuk dokter spesialis tidak hanya difokuskan pada pemenuhan kebutuhan di lokus KJSU-KIA, tetapi juga diperluas ke wilayah Public Health and Territorial Coverage (PHTC). Para penerima beasiswa diwajibkan menjalani masa pengabdian pasca-pendidikan di dua jenis lokus tersebut. Selain itu, Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan TNI dan POLRI untuk memastikan pemenuhan tenaga dokter spesialis di wilayah PHTC, dengan ketentuan bahwa penerima beasiswa dari unsur TNI/POLRI juga wajib melaksanakan pengabdian di lokus yang telah ditentukan.

Selanjutnya, beasiswa dokter spesialis juga akan dibuka untuk pemenuhan kebutuhan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (KKLP) yang akan ditempatkan di Puskesmas. Di samping itu, beasiswa afirmasi bagi dokter dan dokter gigi diberikan untuk mendorong pemenuhan dan pemerataan tenaga medis di daerah prioritas. Beasiswa ini ditujukan bagi putra-putri terbaik daerah yang diharapkan dapat kembali mengabdi di wilayah asal. Peserta beasiswa afirmasi diwajibkan menjalani masa pengabdian di Puskesmas yang mengalami kekurangan atau kekosongan dokter dan dokter gigi.

3.2.5 Penyediaan Tenaga Kesehatan melalui Transformasi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan (Poltekkes Kemenkes)

Dalam upaya mewujudkan pemerataan layanan kesehatan yang berkualitas di seluruh wilayah Indonesia, ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten dan terdistribusi secara merata menjadi salah satu faktor kunci. Sebagai bagian dari strategi tersebut, Kementerian Kesehatan melaksanakan transformasi Poltekkes Kemenkes, yang berperan sebagai institusi pendidikan vokasi dan profesi di bidang kesehatan. Transformasi ini difokuskan pada tiga pilar utama, yaitu penguatan tata kelola, peningkatan mutu pendidikan, serta optimalisasi peran dalam pengabdian kepada masyarakat.

Hingga saat ini, terdapat 38 Poltekkes Kemenkes yang tersebar di 33 provinsi, menyelenggarakan 510 program studi (prodi) dalam 24 rumpun keilmuan kesehatan. Sebanyak 120 di antaranya merupakan Program Studi di Luar Kampus Utama (PSDKU), dengan sekitar 90% berlokasi di wilayah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK), seperti Papua, Papua Barat, Sulawesi Tenggara, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, Sumatera Utara, dan Aceh.

Kurikulum pendidikan Poltekkes Kemenkes disusun berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SNPT) dan diselaraskan dengan arah kebijakan serta program prioritas Kementerian Kesehatan. Upaya ini diwujudkan melalui pengembangan Sentra Unggulan Pendidikan (SUP) di setiap Poltekkes. Sebagai tindak lanjut implementasi Permendikbud Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, program studi melakukan restrukturisasi kurikulum berbasis *Outcome Based Education* (OBE), yang dituangkan dalam capaian pembelajaran lulusan untuk menghasilkan sumber daya kesehatan yang spesifik, unggul, dan responsif terhadap kebutuhan nasional maupun daerah.

Kualitas pendidikan di Poltekkes Kemenkes juga menunjukkan hasil yang kompetitif. Hingga saat ini, sebanyak 318 program studi di Poltekkes Kemenkes (62%) telah memperoleh akreditasi "Unggul". Prodi yang mayoritas memperoleh akreditasi "unggul" adalah Keperawatan dan Kebidanan. Poltekkes dengan prodi unggul tersebar di seluruh wilayah dan tidak hanya terpusat di Pulau Jawa saja. Jika dilihat dari Akreditasi dan hasil Uji Kompetensi, Poltekkes Kemenkes mempunyai kualitas lebih baik dibandingkan dengan Perguruan Tinggi lainnya yang sejenis.

Tahun 2025, Poltekkes Kemenkes memproduksi 42.523 lulusan terdiri dari jenjang DIII, DIV/Str, Profesi dan Magister Terapan. Mayoritas lulusan Poltekkes Kemenkes berasal dari rumpun ilmu keperawatan dan kebidanan. Lulusan keperawatan dan kebidanan diserap di pasar kerja dalam negeri dan luar negeri.

Surplus tenaga kesehatan di pasar kerja dalam negeri dapat didayagunakan ke luar negeri dengan tujuan: mendorong adanya alih ilmu pengetahuan, keterampilan, dan teknologi; meningkatkan profesionalisme, daya saing, dan jejaring di tingkat internasional; dan memperluas lapangan kerja sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi. Dengan demikian diharapkan lulusan Poltekkes Kemenkes dapat kembali lagi, bekerja di fasyankes dalam negeri dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan hingga bertaraf internasional.

Menteri Kesehatan mendorong lulusan Poltekkes Kemenkes dapat terserap bekerja ke luar negeri. Dalam mewujudkan hal tersebut, Poltekkes Kemenkes menyelenggarakan kelas internasional dan program penyiapan luar negeri. Kedua upaya tersebut dilaksanakan melalui kerja sama dengan mitra luar negeri (baik dengan skema G to G atau G to P) meliputi kerja sama penyesuaian kurikulum agar sesuai dengan standar kompetensi

tenaga kesehatan di negara tujuan, peningkatan kemampuan bahasa negara tujuan dan persiapan uji sertifikasi di negara tujuan. Kelas Internasional dilaksanakan bukan hanya dengan penggunaan bahasa asing di kelas namun juga dengan penyesuaian kurikulum yang berstandar internasional. Dalam lima tahun ke depan, jumlah lulusan kelas internasional dan peserta program penyiapan ke luar negeri diharapkan dapat terus meningkat hingga mencapai 2000 lulusan per tahun.

3.3 Peta Jalan Distribusi SDMK

3.3.1 Perencanaan Kebutuhan dan Pemenuhan SDMK di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer

Perencanaan kebutuhan dan pemenuhan SDMK di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dalam pembahasan akan dibatasi pada lingkup perencanaan kebutuhan SDMK di Puskesmas dan Labkesmas.

1. Perencanaan Kebutuhan dan Pemenuhan SDMK di Puskesmas
Sebelum adanya transformasi kesehatan prioritas perencanaan kebutuhan di Puskesmas mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang penyelenggaraan Puskesmas, sedangkan setelah adanya transformasi kesehatan yang digunakan sebagai acuan perencanaan kebutuhan berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang penyelenggaraan Puskesmas.

Berikut rencana strategi pemenuhan SDMK prioritas di Puskesmas:

- a. Jika terdapat SDM sesuai standar namun belum berstatus sebagai ASN, maka rencana pemenuhannya adalah melalui Pengadaan Formasi ASN.

- b. Jika terdapat *supply* SDMK dari fasyankes lain atau unit pelaksana teknis lain yang terdekat (yang dapat ditempuh dengan maksimal 4 jam perjalanan darat) yang berada dalam 1 Kab/Kota dengan jumlah lebih dari 1 tenaga, maka rencana pemenuhannya adalah melalui redistribusi/pemindahtugasan.
 - c. Jika tidak terdapat *supply* SDMK pada satu instansi (Kabupaten/Kota) atau faskes atau unit pelaksana teknis lainnya tidak memiliki lebih dari 1 tenaga yang dapat direistribusikan/ dipindahtugaskan, maka rencana pemenuhannya adalah melalui Penugasan Khusus dan/ atau Pengadaan Formasi ASN.
 - d. Jika Puskesmas berstatus BLUD, Puskesmas dapat merekrut tenaga dengan mekanisme pembiayaan bersumber BLUD atau disebut tenaga BLUD.
2. Perencanaan Kebutuhan dan Pemenuhan SDMK di Labkesmas
- Saat ini perencanaan kebutuhan dan pemenuhan SDMK di Labkesmas mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1801/2024 tentang Standar Laboratorium Kesehatan Masyarakat yang sebelumnya acuan tersebut masih dalam bentuk Surat dari Direktur Tata Kelola Kesehatan Masyarakat yang ditujukan untuk Direktur Perencanaan Tenaga Kesehatan.
- Berikut rencana strategi pemenuhan SDMK di Labkesmas sesuai standar yang telah ditetapkan:

- a. Jika terdapat SDM sesuai standar namun belum berstatus sebagai ASN, maka rencana pemenuhannya adalah melalui Pengadaan Formasi ASN.
- b. Jika pada strategi poin a kebutuhan SDMK di Labkesmas belum terpenuhi, namun terdapat *supply* SDMK dari faskes atau unit pelaksana teknis lain yang terdekat (yang dapat ditempuh dengan maksimal 4 jam perjalanan darat) yang berada dalam 1 Kabupaten/Kota dengan jumlah lebih dari 1 tenaga, maka rencana pemenuhannya dapat dilakukan dengan strategi redistribusi/ pemindahtugas. Khusus bagi Tenaga Medis (Dokter/Dokter Gigi/ Dokter Spesialis), jika terdapat *supply* dengan jumlah 1 dalam 1 Kab/Kota dengan jarak yang dekat, maka strategi pemenuhan dapat dilakukan dengan cara penambahan Surat Izin Praktek (SIP) bagi SDM yang baru memiliki 1 (satu) atau 2 (dua) SIP; atau Surat Tugas Menteri Kesehatan bagi SDMK yang sudah memiliki 3 (tiga) SIP.
- c. Jika Labkesmas berstatus BLUD, maka Labkesmas dapat melakukan pemenuhan dengan mekanisme rekrutmen SDMK BLUD.

3.3.2 Perencanaan Pemenuhan SDMK di RS Pemerintah

Perencanaan pemenuhan SDMK di RS diprioritaskan pada pemenuhan 7 (tujuh) jenis dokter spesialis serta dokter spesialis dan tenaga kesehatan pengampu layanan KJSU-KIA, hal ini sesuai dengan skema pemenuhan yang diatur dalam UU Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.

Berikut rencana strategi pemenuhan dokter spesialis dasar di RSUD dan dokter spesialis pengampu layanan KJSU-KIA dan tenaga kesehatan di RS Jejaring Pengampuan Layanan KJSU-KIA:

- a. Jika terdapat SDM sesuai standar namun belum berstatus sebagai ASN, maka rencana pemenuhannya adalah melalui Pengadaan Formasi ASN.
- b. Jika terdapat *supply* SDMK di internal RS tersebut namun belum sesuai standar, maka rencana pemenuhannya melalui peningkatan kompetensi SDM, seperti mengikuti PPDS, Fellowship, atau Pelatihan Berbasis Kompetensi.
- c. Jika tidak terdapat *supply* SDMK di internal RS tersebut namun terdapat *supply* SDMK sesuai standar dari RS lain yang terdekat (yang dapat ditempuh dengan maksimal 4 jam perjalanan darat), maka rencana pemenuhannya melalui skema Kontrak, berupa:
 - a. Penambahan Surat Izin Praktek (SIP) bagi SDM yang baru memiliki 1 (satu) atau 2 (dua) SIP; atau
 - b. Surat Tugas Menteri Kesehatan bagi SDMK yang sudah memiliki 3 (tiga) SIP.
- d. Jika tidak terdapat *supply* SDMK di internal RS tersebut namun terdapat *supply* SDMK belum sesuai standar dari RS lain yang terdekat (yang dapat ditempuh dengan maksimal 4 jam perjalanan darat), maka rencana pemenuhannya melalui Peningkatan Mutu sesuai angka 2, kemudian dilanjutkan dengan skema pemenuhan sesuai angka 3.
- e. Jika tidak terdapat *supply* SDMK sama sekali baik di internal RS tersebut maupun dari RS terdekat, atau terdapat *supply* SDMK namun dari RS lain yang waktu tempuhnya lebih dari 4 jam perjalanan darat, maka rencana pemenuhannya melalui skema

- Pengadaan CASN, Penugasan Khusus Dokter Spesialis, Penugasan peserta didik tahap akhir program dokter spesialis.
- f. Selain itu perlu ditingkatkan koordinasi dengan Kolegium terkait agar melakukan sosialisasi kepada lulusan baru dokter spesialis untuk meningkatkan minat para lulusan baru ikut berkontribusi dalam program PGDS. Mengingat saat ini program PGDS bersifat voluntary/sukarela.

3.3.3 Pengangkatan Aparatur Sipil Negara (ASN) meliputi Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja

Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (ASN) menyatakan bahwa kebijakan perencanaan kebutuhan Pegawai ASN secara nasional disusun berdasarkan prioritas nasional yang selaras dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), serta mempertimbangkan kemampuan keuangan negara. Kebijakan ini menjadi panduan bagi instansi pemerintah dalam menyusun kebutuhan Pegawai ASN secara sistematis dan terukur.

Dalam konteks tenaga medis dan tenaga kesehatan, penyusunan perencanaan kebutuhan dilakukan dengan melibatkan berbagai pihak, termasuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes), Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi, serta pihak-pihak terkait lainnya. Penyusunan ini didasarkan pada data ketersediaan tenaga dan kebutuhan penyelenggaraan pembangunan serta upaya kesehatan di masing-masing wilayah.

Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil mengamanatkan bahwa penyusunan kebutuhan PNS harus menggunakan sistem informasi berbasis elektronik. Sistem ini tidak hanya mempermudah pengolahan data, tetapi juga berfungsi sebagai sarana pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan secara terintegrasi. Penggunaan sistem informasi ini memungkinkan instansi pemerintah untuk menghitung jenis, jumlah, jenjang, dan kompetensi tenaga kesehatan yang dibutuhkan secara lebih akurat, sehingga dapat dijadikan dasar dalam perencanaan pemenuhan, peningkatan kapasitas, dan distribusi SDMK.

Sesuai dengan penyesuaian Peta Jabatan dan Informasi Jabatan dalam SIASN Layanan Perencanaan Kebutuhan ASN, setiap instansi pemerintah diwajibkan untuk menyusun atau memperbarui peta jabatan dan informasi jabatan. Hal ini khususnya berlaku bagi instansi yang memiliki fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, namun belum menggunakan pemetaan terbaru dari Kementerian Kesehatan. Seluruh fasilitas kesehatan milik pemerintah harus melakukan update pemetaan jabatan melalui integrasi antara SIASN dan aplikasi Renbut.

Pada Tahun Anggaran 2022, pengadaan ASN, khususnya untuk formasi 30 jenis Jabatan Fungsional Kesehatan (JF Kesehatan), dilakukan melalui aplikasi Renbut yang telah terintegrasi dengan aplikasi e-Formasi milik Kementerian PANRB. Namun demikian, dalam pelaksanaan pengadaan ASN tahun-tahun berikutnya, mekanisme pengusulan kebutuhan formasi oleh Pemerintah Daerah dan Pemerintah Pusat tidak lagi dilakukan melalui aplikasi Renbut.

Untuk memudahkan proses penghitungan kebutuhan SDMK, Kementerian Kesehatan menyediakan aplikasi Renbut (Perencanaan Kebutuhan SDMK) yang dapat diakses melalui laman <https://renbut.kemkes.go.id/>. Aplikasi ini akan terus ditransformasikan dan diperbarui agar selaras dengan standar pelayanan kesehatan dan klasifikasi fasilitas kesehatan terbaru, sehingga dapat mendukung proses perencanaan dan pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan secara efektif dan efisien.

Peta jalan transformasi SDMK menuntut adanya penyesuaian regulasi yang kontekstual, mempertimbangkan keragaman geografis serta perbedaan kemampuan fiskal dan kelembagaan di setiap daerah. Untuk itu, diperlukan kebijakan yang lebih adaptif melalui poin-poin berikut:

1. Pemenuhan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan milik pemerintah tidak dapat sepenuhnya bergantung pada rekrutmen ASN secara permanen. Tantangan geografis Indonesia dan data menunjukkan bahwa skema ini tidak cukup fleksibel dalam menjangkau seluruh wilayah, khususnya daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (DTPK).
2. Skema alternatif seperti penugasan khusus bersifat sementara harus diperluas dan tidak hanya dilakukan oleh pemerintah pusat namun juga menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Hal ini penting karena tidak semua tenaga medis dan tenaga kesehatan bersedia menetap secara permanen di daerah-daerah yang sulit terakses.
3. Optimalisasi mekanisme perekrutan secara mandiri oleh institusi kesehatan melalui skema BLU/BLUD tetap perlu didorong. Mengingat keterbatasan anggaran negara, pemberian kewenangan

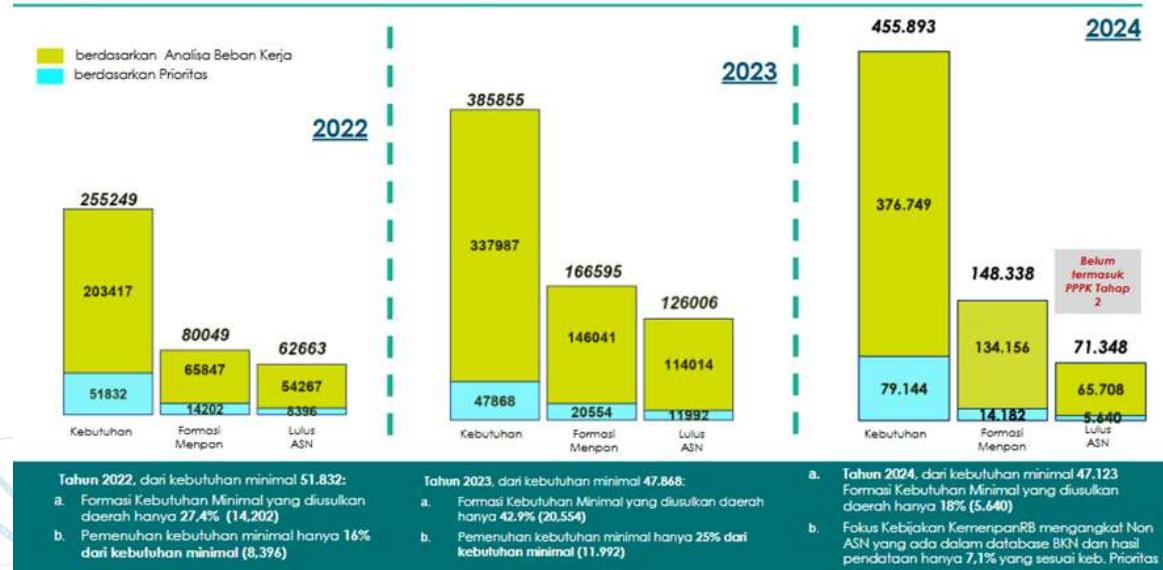
kepada fasilitas kesehatan untuk merekrut tenaga sesuai kebutuhan menjadi solusi strategis yang lebih berkelanjutan.

4. Seluruh skema pemenuhan tenaga kesehatan tersebut harus didasarkan pada sistem perencanaan kebutuhan yang terintegrasi di Kementerian Kesehatan. Sistem ini berbasis data dan kebutuhan riil pelayanan, agar rekrutmen dapat diarahkan secara tepat dan tidak didasarkan pada permintaan sektoral atau administratif semata.

Melalui pendekatan ini, proses pengadaan tenaga kesehatan akan lebih efisien, adil, dan sesuai dengan kebutuhan nyata di lapangan, serta memperkuat ketahanan sistem kesehatan nasional.

Evaluasi pengadaan ASN Tahun 2022-2024 untuk pemenuhan kebutuhan JF Kesehatan prioritas tergambar pada grafik dibawah ini:

Pemenuhan kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan melalui pengadaan ASN (PNS dan PPPK) Tahun 2022 - 2024



Berdasarkan grafik di atas, pemenuhan kebutuhan JF Kesehatan prioritas pada pengadaan ASN tahun 2022-2024 sebagai berikut:

1. Tahun 2022, kebutuhan minimal sebesar 51.832 orang, formasi yang diusulkan sebesar 14.202 (27,4%), dan hanya memenuhi kebutuhan minimal sebesar 8.369 (16%).
2. Tahun 2023, kebutuhan minimal sebesar 47.868 orang, formasi yang diusulkan sebesar 20.554 (42,9%), dan hanya memenuhi kebutuhan minimal sebesar 11.992 (25%).
3. Tahun 2024, kebutuhan minimal sebesar 47.123 orang, formasi yang diusulkan sebesar 21.549 (46%), dan hanya memenuhi kebutuhan minimal sebesar 5.640 (18%).

Berdasarkan evaluasi pengadaan ASN Tahun 2024, kebutuhan JF Kesehatan prioritas masih terdapat kekurangan dan kekosongan di Fasyankes yang berdampak pada kurang optimalnya pelayanan Kesehatan. Untuk memenuhi kekurangan dan kekosongan tersebut, Pemerintah Daerah dan Pemerintah Pusat dapat mengadakan Pemenuhan melalui ASN dengan mengacu pada Permenpan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Pengadaan ASN yang mengamanatkan bahwa mekanisme Pengadaan Pegawai ASN dapat dilakukan secara nasional atau tingkat instansi. Pengadaan Pegawai ASN secara nasional dilaksanakan untuk mengisi kebutuhan ASN pada Jabatan Pelaksana dan Jabatan Fungsional. Sedangkan Pengadaan ASN tingkat instansi dilaksanakan untuk mengisi kebutuhan PPPK pada Jabatan Fungsional. Undang-undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang ASN bahwa Pejabat Pembina Kepegawaian dilarang mengangkat pegawai non-ASN untuk mengisi jabatan ASN. Pejabat Pembina Kepegawaian dan pejabat lain yang mengangkat pegawai non-ASN untuk mengisi jabatan ASN dapat dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sehubungan dengan hal tersebut, Pegawai non-ASN atau nama lainnya wajib diselesaikan penataannya paling lambat Desember

2024 dan sejak Undang-Undang ini mulai berlaku Instansi Pemerintah dilarang mengangkat pegawai non-ASN atau nama lainnya selain Pegawai ASN.

3.3.4 Penugasan khusus Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer dan lanjutan

Pasca terbitnya Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara, yang melarang pengangkatan pegawai Non-ASN, terjadi peningkatan kekurangan tenaga medis dan tenaga kesehatan, khususnya pada fasilitas pelayanan kesehatan primer. Data per Juli 2025 menunjukkan penurunan jumlah Puskesmas yang lengkap sesuai standar, dari 59% pada Januari 2025 menjadi 49%. Kondisi serupa juga terjadi pada rumah sakit, di mana persentase yang memiliki dokter spesialis lengkap sesuai standar menurun dari 62% menjadi 54% dalam periode yang sama. Mengingat belum seluruh formasi dapat dipenuhi melalui mekanisme ASN, maka pemenuhan kebutuhan SDMK dilakukan melalui skema Penugasan Khusus, baik di Puskesmas maupun rumah sakit (melalui pendayagunaan dokter spesialis).

Sebagai bagian dari penguatan transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 mengamanatkan bahwa penugasan khusus dilaksanakan berdasarkan perencanaan kebutuhan nasional dan harus terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional. Penempatan tenaga medis dan tenaga kesehatan melalui penugasan khusus dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, terutama pada fasilitas pelayanan

kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK), daerah bermasalah kesehatan, daerah tidak diminati, serta rumah sakit pemerintah yang mengalami kekurangan tenaga medis spesialis.

Dalam PP Nomor 28 Tahun 2024 disebutkan bahwa penugasan khusus dapat dilaksanakan oleh Menteri Kesehatan, Gubernur, maupun Bupati/Wali Kota. Ketentuan ini membuka peluang bagi Pemerintah Daerah untuk memenuhi kebutuhan SDMK melalui skema penugasan yang bersifat temporer. Oleh karena itu, keberhasilan implementasi program penugasan khusus di daerah (tugsus daerah) sangat membutuhkan dukungan lintas sektor, termasuk dari Kementerian PAN-RB, Kementerian Dalam Negeri, dan Kementerian Keuangan. Penugasan khusus oleh Pemerintah Daerah diharapkan mampu mengisi hingga 47% kekosongan tenaga kesehatan yang ada, mengingat penugasan khusus oleh Kementerian Kesehatan hanya mampu mencakup sekitar 4% kekosongan.

Penugasan khusus oleh Kementerian Kesehatan difokuskan pada pengisian jenis tenaga prioritas di fasilitas pelayanan kesehatan di kawasan DTPK, terutama di wilayah terpencil dan sangat terpencil. Penugasan ini mendukung pencapaian program hasil cepat (quick wins) dan program prioritas nasional lainnya, termasuk penyediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk proyek strategis seperti SOPHI, INPULS, dan SIHREN. Selain itu, untuk mendukung penugasan di daerah rawan, Kementerian Kesehatan juga menjalin kerja sama dengan TNI dalam upaya pengisian kekosongan tenaga kesehatan di wilayah prioritas.

Dalam periode 2022 hingga 2024, Kementerian Kesehatan telah menempatkan sebanyak **7.630 tenaga kesehatan** melalui skema **Penugasan Khusus di Puskesmas**, dengan persebaran pada wilayah

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025–2029

pedesaan, terpencil, dan sangat terpencil. Tabel di bawah ini menunjukkan tren penugasan berdasarkan jenis tenaga dan tipologi wilayah.

JENIS TENAGA	2022			Total	2023		Total	2024			Total
	Pedesaan	Terpencil	Sangat Terpencil		Terpencil	Sangat Terpencil		Pedesaan	Terpencil	Sangat Terpencil	
Dokter Umum	11	65	147	223	45	133	178	47	73	115	235
Dokter Gigi	14	108	104	226	178	146	324	101	153	158	412
Perawat	67	95	131	293	-	-	-	-	-	-	-
Bidan	65	83	141	289	-	-	-	-	-	-	-
Tenaga Farmasi	70	139	145	354	53	99	152	89	88	98	275
Tenaga Gizi	82	195	221	498	69	92	161	155	71	97	323
Tenaga Kesehatan Lingkungan	63	164	171	398	177	152	329	242	115	125	482
Tenaga Kesehatan Masyarakat	7	73	110	190	62	110	172	73	46	57	176
Tenaga Teknologi Laboratorium Medik	107	211	266	584	122	131	253	209	104	114	427
Grand Total	486	1133	1436	3055	706	863	1569	916	650	764	2330

Dari total tersebut, penugasan terbanyak terjadi pada tahun 2023 (3.556 tenaga), menunjukkan peningkatan signifikan dibanding tahun sebelumnya, yang hanya mencapai 3.056 tenaga. Penugasan pada tahun 2024 tercatat sedikit menurun menjadi 2.330 tenaga, yang mengisi kebutuhan di 1.570 puskesmas, sebagaimana tercatat per November 2024. Sementara itu, wilayah sangat terpencil secara konsisten menjadi

fokus prioritas penempatan, mencapai total 3.462 tenaga, atau hampir setengah dari seluruh peserta penugasan khusus selama 3 tahun terakhir.

Sementara itu, pada periode tahun 2023–2024, Kementerian Kesehatan telah menempatkan peserta pendayagunaan dokter spesialis sejumlah 1.194 orang yang mengisi kebutuhan di 528 RS milik Pemerintah Provinsi dan Kabupaten /Kota. Tabel di bawah ini menunjukkan perubahan jumlah dan penambahan jenis spesialis peserta yang melaksanakan pendayagunaan dokter spesialis tahun 2023 dan 2024.

Jenis Spesialis	2023			2024			Grand Total
	Mandiri	Tubel	Total	Mandiri	Tubel	Total	
Anak	57	57	114	45	50	95	209
Anestesi	44	22	66	38	25	63	129
Bedah	47	40	87	43	24	67	154
Bedah Saraf	0	0	0	1	1	2	2
Bedah Toraks Kardiovaskular	0	0	0	5	1	6	6
Dermatologi Venereologi dan Estetika	0	0	0	1	5	6	6
Gizi Klinik	0	0	0	0	3	3	3
Jantung dan Pembuluh Darah	2	0	2	1	8	9	11
Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi	0	0	0	0	19	19	19
Kedokteran Nuklir	0	0	0	0	1	1	1

Mata	1	0	1	0	9	9	10
Neurologi	1	0	1	1	10	11	12
Obgyn	72	30	102	58	40	98	200
Onkologi Radiasi	1	0	1	2	0	2	3
Orthopaedi dan Traumatologi	0	0	0	1	2	3	3
Paru	1	0	1	0	10	10	11
Patologi Anatomi	1	0	1	2	4	6	7
Patologi Klinik	11	19	30	18	52	70	100
Penyakit Dalam	68	64	132	56	28	84	216
Psikiatri	1	0	1	0	16	16	17
Radiologi	4	42	46	7	14	21	67
THT-KL	1	0	1	0	7	7	8
Total	312	274	586	279	329	608	1194

Dari data di atas, terjadi peningkatan jumlah peserta pendayagunaan dokter spesialis pada tahun 2024 sejumlah 22 orang dengan penambahan jenis spesialis bedah saraf, bedah toraks dan kardiovaskular, dermatologi, venerologi, dan estetika, gizi klinik, kedokteran fisik dan rehabilitasi, kedokteran nuklir, serta orthopaedi dan traumatologi. Penambahan jenis spesialisasi pada program pendayagunaan dokter spesialis ini merupakan implementasi dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1320/2023 tentang Penambahan Jenis Spesialisasi dalam rangka Pendayagunaan Dokter Spesialis.

Data ini memperkuat posisi skema penugasan khusus sebagai intervensi utama dalam menjawab kesenjangan distribusi tenaga kesehatan di wilayah-wilayah sulit akses, serta menjadi dasar dalam menyusun arah kebijakan ke depan yang lebih terencana dan berbasis kebutuhan lapangan.

Mengingat penugasan khusus yang dilaksanakan saat ini bersifat *voluntary/sukarela*, tidak seluruh daerah memiliki kesempatan untuk memenuhi kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan melalui skema penugasan khusus. Untuk itu dalam rangka pemenuhan layanan spesalistik di daerah-daerah yang membutuhkan telah dilakukan penugasan khusus bagi peserta didik tahap akhir program dokter spesialis (dokter residen). Penugasan khusus ini diperuntukkan bagi rumah sakit yang berada di wilayah DTPK, DBK, dan rumah sakit lain yang membutuhkan jenis pelayanan medis spesalistik tertentu.

Penugasan peserta didik tahap akhir program dokter spesialis dilaksanakan di bawah tanggung jawab Dekan Fakultas Kedokteran, Kementerian Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, serta Direktur Rumah Sakit tempat penugasan. Peserta menjalankan tugas selama 3 sampai 6 bulan dengan supervisi dari dokter pendidik klinis yang berasal dari institusi penyelenggara pendidikan. Penugasan ini tidak hanya dimaksudkan sebagai upaya pemenuhan layanan medis spesalistik, tetapi juga bertujuan untuk meningkatkan kompetensi dan keahlian peserta didik tahap akhir. Pada tahun 2024, tercatat sebanyak 10 peserta residen tahap akhir telah ditempatkan di 8 rumah sakit yang membutuhkan.

3.3.5 Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI lulusan luar negeri

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia lulusan luar negeri (WNI LLN) merupakan salah satu potensi strategis dalam memperkuat sistem kesehatan nasional, khususnya dalam menjawab kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Sebagai bagian dari transformasi SDMK, UU No. 17 Tahun 2023 membuka ruang yang lebih luas, sistematis, dan terstandar dalam pendayagunaan WNI LLN agar dapat terintegrasi dengan kebutuhan pelayanan kesehatan nasional.

Arah kebijakan difokuskan pada penyusunan sistem evaluasi kompetensi yang transparan, adil, dan terstruktur, termasuk percepatan proses adaptasi berbasis digital yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional. Salah satu perubahan penting dalam transformasi ini adalah pelaksanaan adaptasi tidak lagi dilakukan di institusi pendidikan, tetapi langsung di fasilitas pelayanan kesehatan. Pendekatan ini dilakukan untuk memastikan bahwa proses adaptasi berlangsung dalam konteks praktik pelayanan nyata, sesuai kebutuhan wilayah, sekaligus mendekatkan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI LLN dengan situasi lapangan yang akan mereka hadapi.

Transformasi sistem evaluasi dan adaptasi tenaga medis dan tenaga kesehatan WNI LLN saat ini ditandai dengan sejumlah perubahan mendasar. Jika sebelumnya proses adaptasi dilakukan oleh institusi pendidikan, kini dilaksanakan oleh Komite yang terdiri dari Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi, Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia, Kolegium, serta pakar atau ahli. Sistem pendaftaran yang sebelumnya manual kini telah terintegrasi

dengan sistem informasi kesehatan nasional, sehingga proses menjadi lebih efisien dan akuntabel.

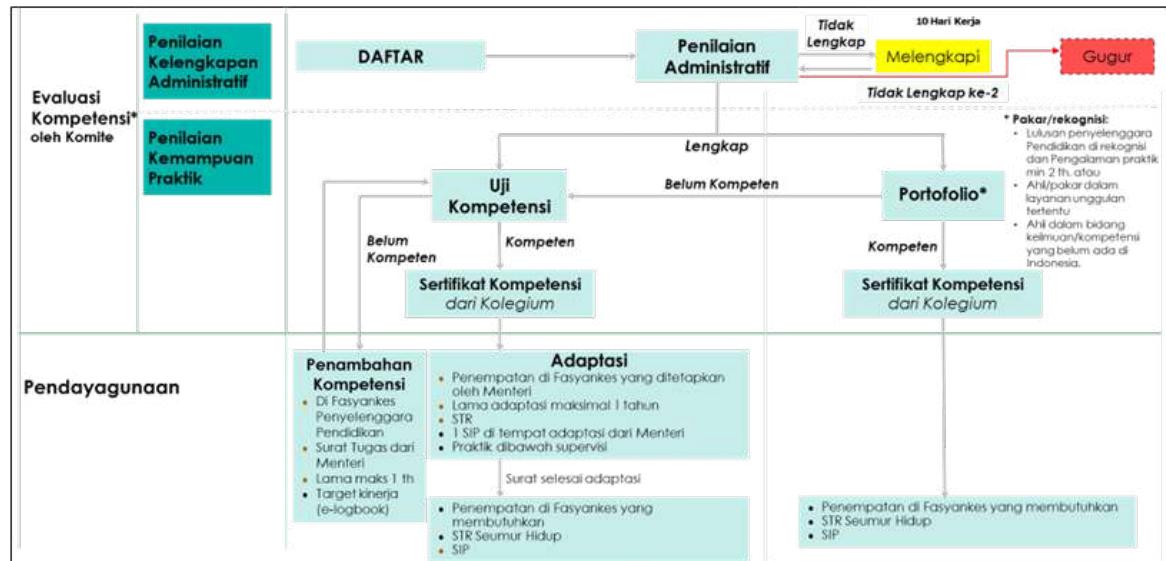
Evaluasi kompetensi diselenggarakan oleh Komite dengan memberikan jalur pengakuan khusus bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memenuhi kriteria sebagai ahli atau pakar, agar keahlian dan kepakarannya dapat langsung dimanfaatkan dalam pelayanan kesehatan. Durasi pelaksanaan adaptasi juga dipersingkat, dengan batas waktu maksimal 12 bulan. Selain itu, untuk mendukung efektivitas pelaksanaan adaptasi dan penambahan kompetensi, seluruh legalitas diterbitkan oleh Pemerintah Pusat.

Sebagai bagian dari penyederhanaan proses pendayagunaan, saat ini sedang disusun daftar institusi pendidikan luar negeri yang diakui (direkognisi) oleh Pemerintah. Daftar ini akan menjadi acuan untuk memfasilitasi tenaga medis dan tenaga kesehatan berpengalaman yang berasal dari institusi tersebut agar dapat langsung berpraktik tanpa melalui uji kompetensi.

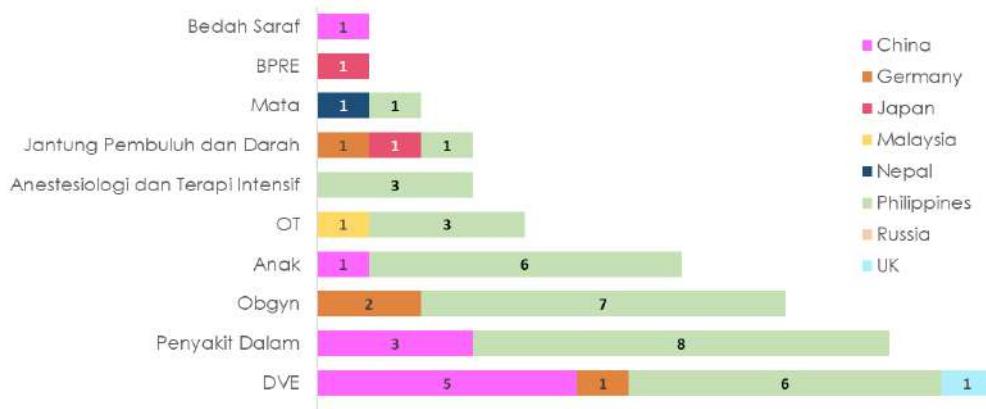
Transformasi ini diharapkan dapat mengoptimalkan pemanfaatan tenaga medis dan tenaga kesehatan WNI LLN dalam layanan kesehatan nasional, baik selama masa adaptasi maupun penambahan kompetensi di fasilitas pelayanan kesehatan.

Untuk memperjelas pelaksanaan transformasi pendayagunaan WNI LLN, telah disusun alur yang menggambarkan tahapan evaluasi dan pendayagunaan secara sistematis. Alur tersebut memuat tahapan penilaian administratif, uji kompetensi, pelaksanaan adaptasi atau penambahan kompetensi, hingga penerbitan legalitas praktik keprofesian. Visualisasi ini menjadi acuan dalam penyelenggaraan kebijakan pendayagunaan WNI LLN yang terstandar, transparan, dan akuntabel.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029



Dengan adanya transformasi pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan WNI LLN, capaian hingga tahun 2024 menunjukkan bahwa sebanyak 55 tenaga medis telah mengajukan evaluasi kompetensi. Sebanyak 22 peserta sedang dalam proses adaptasi, 14 peserta melaksanakan penambahan kompetensi, dan 16 peserta telah menyelesaikan adaptasi serta memperoleh STR seumur hidup. Grafik berikut memperlihatkan sebaran asal negara pendidikan para peserta berdasarkan bidang spesialisasi, dengan Filipina sebagai negara asal terbanyak, khususnya pada bidang Penyakit Dalam, Obstetri dan Ginekologi, serta Kesehatan Anak.



Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI lulusan luar negeri (WNI LLN) ke depan tidak hanya ditujukan untuk mengisi kebutuhan pemerataan layanan kesehatan, tetapi juga menjadi bagian dari strategi jangka panjang dalam memperkuat sistem kesehatan nasional. Tujuannya adalah membangun dasar yang kuat untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan di seluruh daerah. Strategi ini mencakup kolaborasi dengan organisasi profesi dan lembaga pendidikan luar negeri, keterlibatan dalam riset dan pengembangan teknologi tepat guna, serta transfer pengetahuan melalui pelatihan dan program magang. Selain itu, WNI LLN juga didorong untuk berkontribusi dalam pelayanan kesehatan di daerah melalui program adaptasi maupun kegiatan sosial. Dengan demikian, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI LLN berperan sebagai mitra strategis dalam memastikan keberlanjutan mutu SDMK Indonesia serta pemerataan layanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.

3.3.6 Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI ke Luar Negeri

Sebagai bagian dari strategi pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan secara nasional dan global, pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan Warga Negara Indonesia (WNI) ke luar negeri dilakukan untuk memaksimalkan pemanfaatan, pengembangan karir dan peningkatan kompetensi SDM Kesehatan serta menjawab kebutuhan pasar kerja internasional. Skema ini memungkinkan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang telah memenuhi standar nasional untuk dipekerjakan secara legal di luar negeri dalam jangka waktu tertentu, baik melalui kerja sama antar pemerintah, mekanisme swasta, maupun penempatan mandiri berbasis permintaan negara mitra.

Pendayagunaan ini dilaksanakan melalui tiga tahapan utama, yaitu penyiapan, pendampingan, dan pemanfaatan. Tahap penyiapan dimulai sejak masa pendidikan hingga pasca pendidikan, meliputi pelatihan, pemenuhan persyaratan negara tujuan, serta pemutakhiran data dalam sistem informasi kesehatan. Selama masa penempatan, tenaga medis dan tenaga kesehatan didampingi melalui pelatihan lanjutan, pemantauan oleh perwakilan pemerintah, serta penguatan jejaring melalui asosiasi profesional di luar negeri. Setelah masa tugas selesai, pemanfaatan dilakukan melalui integrasi kembali ke sistem kesehatan nasional, baik dalam bentuk pengakuan pengalaman kerja, pembaruan STR, keterlibatan dalam alih teknologi, maupun penugasan berbasis kontribusi ke masyarakat.

Kementerian Kesehatan berperan dalam memastikan kesiapan, kompetensi, serta perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan yang ditempatkan di luar negeri, termasuk melalui proses registrasi, pelatihan pra penempatan, dan sertifikasi. Kebijakan ini juga memperhatikan

kebutuhan domestik agar tidak mengganggu ketersediaan tenaga kesehatan di dalam negeri. Secara keseluruhan, pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan WNI ke luar negeri diharapkan dapat meningkatkan daya saing SDM kesehatan Indonesia di kancah global serta memberikan kontribusi nyata terhadap diplomasi kesehatan internasional.

Dari tahun 2019 hingga Maret 2023, sebanyak 4.525 perawat Indonesia telah didayagunakan ke 13 negara tujuan. Sebagian besar dari perawat tersebut ditempatkan di Jepang (58%) dan Arab Saudi (25%) melalui berbagai skema kerja seperti Government to Government (G to G) dan Private to Private (P to P). Sementara itu, pasar kerja internasional menunjukkan permintaan tinggi. Dari tahun 2022 hingga 2024, BP2MI mencatat 29.915 atau 9.972 per tahun permintaan tenaga kesehatan (*job order/demand letter*) sebagai perawat dan *careworker* dari 11 negara tujuan. Namun, hanya 22.5% dari permintaan tersebut yang dapat dipenuhi. Terdapat kesenjangan signifikan antara permintaan dan jumlah tenaga yang berhasil diberangkatkan, yaitu hanya 721 penempatan pada 2021, meningkat menjadi 2.644 pada 2024, tetapi masih jauh dari total kebutuhan tahunan. Kondisi ini menunjukkan adanya kebutuhan tinggi terhadap tenaga keperawatan Indonesia dan peluang yang dapat terus dioptimalkan.

Situasi tersebut memperlihatkan kebutuhan akan disusunnya kebijakan pendayagunaan tenaga kesehatan ke luar negeri yang lebih sistematis, adaptif, dan berkelanjutan. Di antaranya melalui peningkatan kapasitas dan kompetensi tenaga sesuai standar negara tujuan, perluasan kerja sama internasional, serta penguatan dan pemanfaatan pasca penempatan. Strategi ini menjadi bagian penting dalam menjamin mobilitas tenaga kesehatan Indonesia yang aman, bermartabat, dan berdaya saing tinggi di kancah global.

3.3.7 Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNA

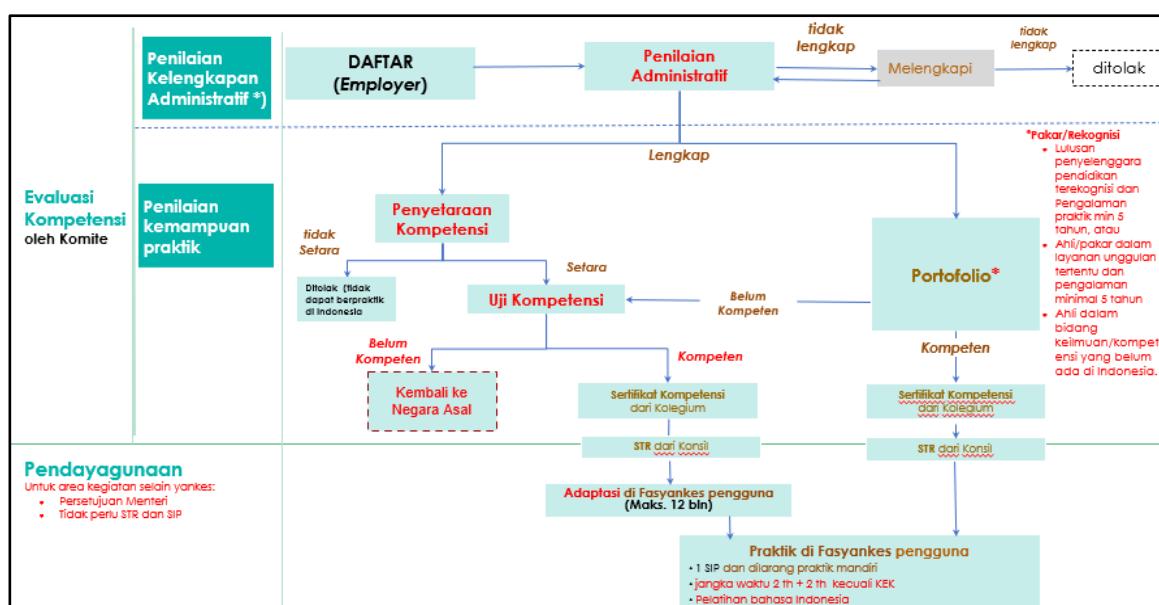
Dalam konteks globalisasi dan kerja sama internasional, pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing (WNA) menjadi salah satu upaya strategis untuk memenuhi kebutuhan layanan kesehatan tertentu sekaligus mendorong transfer pengetahuan dan teknologi. UU No. 17 Tahun 2023 telah memberikan dasar hukum yang kuat untuk mengatur pendayagunaan WNA secara selektif, berbasis kompetensi, dan terintegrasi dalam sistem informasi kesehatan nasional.

Pendekatan kebijakan difokuskan pada pendayagunaan sesuai kebutuhan perencanaan nasional, melalui proses evaluasi yang ketat dan mekanisme pengawasan yang transparan. Evaluasi kompetensi bertujuan untuk menilai kompetensi tenaga medis WNA yang akan berpraktik di Indonesia, sehingga jaminan terhadap mutu dan kualitas layanan kesehatan yang akan diberikan dapat terpenuhi dalam rangka melindungi masyarakat Indonesia (*patient safety*). Praktik tenaga WNA akan difokuskan pada bidang keahlian spesialis, program alih iptek dan pelatihan, serta kerja sama strategis yang memberikan nilai tambah bagi pengembangan kapasitas tenaga kesehatan nasional.

Transformasi yang dilakukan mencakup kemudahan penyelenggaraan evaluasi kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing yang sebelumnya dilakukan oleh beberapa institusi secara terpisah-pisah yaitu kolegium, institusi pendidikan, dan konsil, kini dilakukan melalui Komite Bersama yang dibentuk oleh Menteri Kesehatan yang terdiri dari unsur Kemenkes, Kemendikbud, Konsil, Kolegium dan Pakar/Ahli. Proses adaptasi yang dahulu dilakukan di

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

institusi pendidikan, saat ini adaptasi langsung di fasilitas pelayanan kesehatan pengguna dan merupakan bagian dari pendayagunaan. Selain itu, untuk Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing yang akan berpraktik di Indonesia, juga mengakomodir para ahli dalam bidang unggulan tertentu/bidang yang masih langka Indonesia atau lulusan dari penyelenggara pendidikan yang di rekognisi dengan pengalaman paling sedikit 5 (lima) tahun, dapat mengikuti evaluasi kompetensi melalui jalur portofolio dan setelah dinyatakan kompeten dikecualikan untuk mengikuti proses adaptasi. Proses evaluasi kompetensi bagi WNA lulusan luar negeri secara umum dapat digambarkan seperti alur di bawah ini.



Selain dalam rangka berpraktik (pelayanan kesehatan), pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNA juga dapat dilakukan dalam beberapa area kegiatan lainnya antara lain: (1) Pendidikan dan pelatihan bidang kesehatan; (2) Bakti sosial bidang kesehatan; (3) Kondisi tanggap darurat bencana; (4) Riset bidang kesehatan; dan (5) Kegiatan lain di bidang kesehatan. Pendayagunaan

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNA diperkenankan untuk memberikan pendidikan dan pelatihan dalam rangka alih ilmu pengetahuan dan teknologi atau kegiatan lain untuk waktu tertentu tidak membutuhkan STR, dan harus mendapat persetujuan dari Menteri Kesehatan.

Capaian hingga tahun 2024, total usulan pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing (WNA) sebanyak: 172 usulan, sebanyak (3 orang) Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNA telah diberikan izin praktik di Indonesia yaitu di Bali International Hospital di Kawasan Ekonomi Khusus Sanur, (145 orang) mendapat izin untuk melakukan kegiatan lain yang mencakup alih iptek, bakti sosial kesehatan, latihan bersama, pelatihan kesehatan, dan kegiatan manajerial.

3.3.8 Program internsip dokter dan dokter gigi

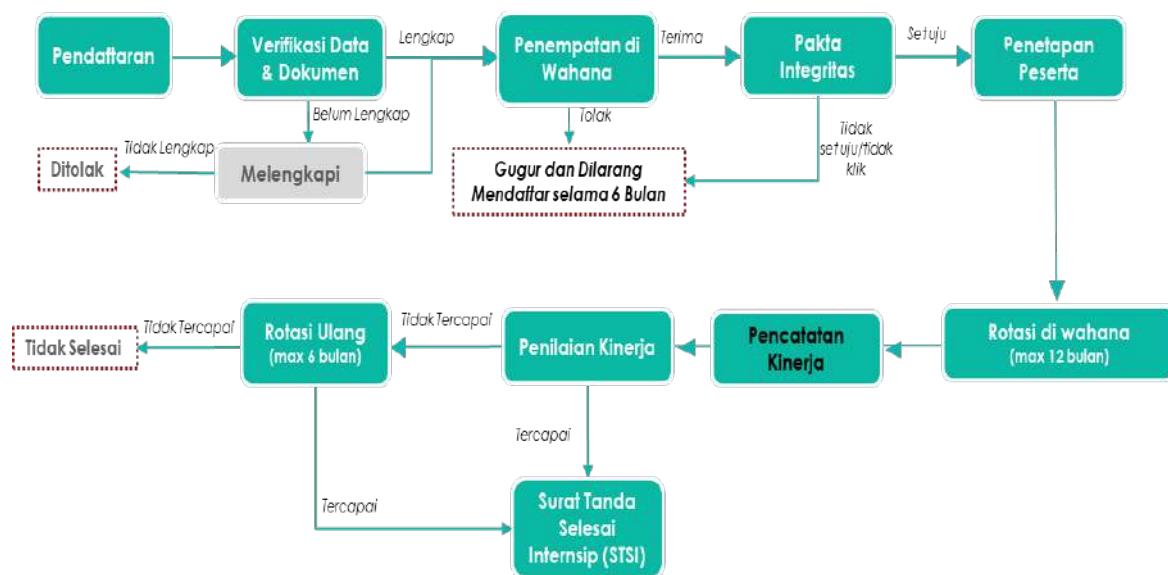
Program internsip merupakan fase penting dalam sistem pengembangan SDMK yang memberikan ruang transisi bagi dokter dan dokter gigi dari pendidikan menuju praktik mandiri yang bertanggung jawab. Melalui UU No. 17 Tahun 2023, posisi strategis program internsip diperkuat sebagai bagian dari pemantapan, pemahiran dan pemandirian.

Kebijakan internsip diarahkan untuk mendekatkan peserta pada realitas kebutuhan layanan di daerah, meningkatkan kualitas supervisi klinis, serta menjadi bagian dari ekosistem pembelajaran berkelanjutan. Integrasi sistem internsip dengan perencanaan distribusi nasional juga menjadi langkah penting untuk menjamin bahwa lulusan tidak hanya kompeten, tetapi juga berkontribusi pada pemenuhan layanan dasar di seluruh Indonesia.

Capaian pada tahun 2024, menunjukkan bahwa sebanyak 11.292 dokter dan 3.174 dokter gigi peserta internsip telah ditempatkan di 1.188 wahana di seluruh Indonesia. Dari jumlah tersebut, sekitar 48.29%

ditempatkan di luar Jawa/Bali, menunjukkan arah distribusi yang semakin responsif terhadap kebutuhan wilayah.

Transformasi ke depan mencakup perluasan jumlah dan kualitas wahana, penempatan peserta di wahana tanpa dokter/dokter gigi dengan pendampingan oleh dokter/dokter gigi dari wahana terdekat dalam satu kelompok wahana penempatan, peningkatan kapasitas pendamping, penguatan kompetensi peserta, integrasi sistem dengan sistem informasi kesehatan nasional.



3.3.9 Pengangkatan pegawai dengan cara lain, misalnya melalui BLU/BLUD

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menyebutkan bahwa penempatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dapat dilaksanakan

melalui pengangkatan ASN, penugasan khusus, dan pengangkatan dengan cara lain. Lebih lanjut, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, menyatakan bahwa pemerintah pusat dan pemerintah daerah berkewajiban untuk memenuhi kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

Permasalahan ketimpangan dan ketidakmerataan distribusi tenaga masih menjadi tantangan signifikan dalam pemenuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Rendahnya retensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan juga masih menjadi tantangan, khususnya di wilayah DTPK. Selain hal tersebut di atas, belum optimalnya pemenuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan melalui pengadaan ASN, menyebabkan rendahnya keterisian formasi ASN pada lokus-lokus tertentu juga menyebabkan ketidakmerataan distribusi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Kondisi ini mengindikasikan bahwa mekanisme pengadaan ASN secara tahunan dan terpusat belum mampu menjawab kebutuhan secara cepat dan fleksibel.

Dalam konteks reformasi sistem kesehatan, pemanfaatan mekanisme Badan Layanan Umum (BLU) dan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) menjadi pendekatan strategis yang tidak hanya sah secara hukum, tetapi juga relevan secara fungsional. Sesuai dengan UU No 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, menyebutkan pemerintah daerah dapat membentuk BLUD untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat. BLUD merupakan sistem yang diterapkan oleh satuan kerja perangkat daerah atau unit kerja pada satuan kerja perangkat daerah dalam memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan dan manajerial dalam memberikan layanan publik. Fleksibilitas ini mencakup SDM dengan kemampuan merekrut tenaga yang terdiri atas pejabat

pengelola dan pegawai yang berasal dari ASN, dan/atau profesional non-ASN yang dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak sesuai dengan kebutuhan, menyusun skema remunerasi berbasis layanan, serta mengelola struktur biaya secara responsif terhadap kebutuhan aktual. Dengan menerapkan BLUD diharapkan kualitas pelayanan semakin baik, layanan publik bisa menjangkau dan terasa oleh seluruh lapisan masyarakat, kinerja keuangan semakin optimal sehingga mampu mengurangi ketergantungan terhadap APBD, akselerasi pemenuhan sarana prasarana penunjang operasional layanan utamanya di bidang kesehatan.

Di sisi lain, fleksibilitas rekrutmen BLUD diperkuat oleh ketentuan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 jo. PP Nomor 74 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, menyebutkan pegawai BLU dapat terdiri dari PNS dan/atau tenaga profesional non-PNS sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan keuangan BLU. Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 pun memberikan kewenangan bagi BLUD untuk merekrut tenaga profesional sesuai dengan kebutuhan, profesionalitas, kemampuan keuangan dan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis, dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.

Dengan demikian, optimalisasi skema BLU/BLUD dapat menjadi salah satu cara dalam pemenuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, karena memiliki dasar hukum yang kuat, serta didukung oleh kebijakan lintas sektor dan lintas level pemerintahan. Akan tetapi, pada saat ini dijumpai kendala pasca diberlakukannya UU No 20 tahun 2023 tentang ASN yang menyebutkan bahwa Instansi Pemerintah dilarang mengangkat pegawai non-ASN atau nama lainnya selain Pegawai ASN, yang terdiri atas PNS dan PPPK.

3.3.10 Redistribusi ASN

Redistribusi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) Aparatur Sipil Negara (ASN) merupakan salah satu mekanisme utama dalam pemenuhan kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, di samping skema pengangkatan ASN secara permanen. Pengangkatan ASN dilakukan berdasarkan formasi kebutuhan prioritas nasional, sedangkan redistribusi dilakukan dengan memindahkan SDMK dari fasilitas pelayanan kesehatan yang mengalami kelebihan tenaga ke fasilitas yang mengalami kekurangan atau kekosongan.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, kewenangan pengelolaan SDMK dibagi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Namun, keterbatasan kewenangan pusat dalam melakukan redistribusi lintas wilayah sering kali menjadi kendala dalam mengatasi ketimpangan distribusi SDMK, khususnya di daerah yang kekurangan.

Dengan terbitnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pemerintah kini memiliki landasan hukum yang lebih kuat untuk mendukung pemerataan SDMK secara nasional. Undang-undang ini mengatur bahwa Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dapat dipenuhi dengan cara lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Ketentuan ini membuka ruang bagi redistribusi yang lebih fleksibel, terarah, dan responsif terhadap dinamika kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.

Dalam hal ini, Badan Kepegawaian Negara (BKN) memegang peranan penting dalam mendukung proses mutasi ASN antar daerah dan antar instansi, sebagaimana diatur dalam Peraturan BKN Nomor 5 Tahun 2019. Peraturan ini menetapkan bahwa mutasi harus mempertimbangkan

kesesuaian kompetensi dengan jabatan serta dilakukan berdasarkan perencanaan mutasi yang matang.

Lebih lanjut, pelaksanaan redistribusi SDMK di daerah memerlukan penguatan koordinasi lintas sektor. Kementerian Dalam Negeri memiliki peran penting dalam menetapkan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK), serta melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap urusan pemerintahan daerah, termasuk pengelolaan ASN. Sinkronisasi kebijakan antara pemerintah pusat dan daerah juga difasilitasi melalui Rapat Koordinasi Teknis Perencanaan Pembangunan (Rakortekrenbang). Dalam Rakortekrenbang tahun 2024, telah disepakati pelaksanaan perencanaan, distribusi, dan pemetaan SDMK di tingkat provinsi, kabupaten, dan kota.

Namun demikian, hingga saat ini belum tersedia regulasi teknis terkini yang secara eksplisit menjabarkan tata cara implementasi kebijakan redistribusi khususnya pengaturan mengenai redistribusi SDMK dalam skema PPPK. Sehingga Kementerian Kesehatan mendorong diterbitkannya regulasi terkait redistribusi bagi PPPK.

3.4 Peta Jalan Mutu SDMK

Dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi yang mendukung kesinambungan dalam menjalankan praktik dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Pasal 258 Undang - Undang 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat dan/atau lembaga pelatihan yang terakreditasi oleh Pemerintah pusat. Kegiatan ini menjadi bagian integral dalam mendukung praktik profesional, memastikan pengembangan SDMK dilaksanakan secara sistematis, terukur dan berbasis standar.

Kebijakan mengenai peningkatan mutu SDMK diatur melalui Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang peraturan pelaksanaan perundangan Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Dalam penjelasannya, bahwa Pengelolaan pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi dilakukan melalui perencanaan, penyelenggaraan dan evaluasi yang dilaksanakan secara terintegrasi melalui Sistem Informasi Kesehatan Nasional. Perencanaan kebutuhan pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi disusun oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dengan mengacu kepada Rencana Induk Bidang Kesehatan, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional, pola penyakit dan program prioritas yang ditetapkan oleh Menteri. Pengkajian Kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan melalui identifikasi kebutuhan pemenuhan program pembangunan dan pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi, standar kompetensi, standar pelayanan, serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Hasil dari perencanaan ini menjadi pedoman bagi setiap penyelenggara pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi dalam menyusun kurikulum pelatihan dan standar mekanisme penyelenggaraan pada kegiatan peningkatan kompetensi. Kegiatan peningkatan kompetensi dapat dilakukan melalui seminar, lokakarya/wokshop, bimbingan teknis, coaching, mentoring, dan/atau kegiatan lain untuk peningkatan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Peran pemerintah pusat dalam pengembangan kompetensi Aparatur Sipil Negara semakin menguat sejak diterbitkan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang ASN, khususnya Pasal 21 yang menyatakan bahwa setiap Pegawai ASN memiliki hak dan kesempatan untuk

mengembangkan kompetensi. Ketentuan ini menjadi dasar hukum yang strategis dalam mendukung agenda transformasi SDMK, khususnya dalam menjamin keberlanjutan upaya peningkatan kapasitas, kompetensi, dan mutu tenaga medis serta tenaga kesehatan. Penguatan peran ini diperlukan untuk memastikan tersedianya SDMK yang kompeten, merata, dan mampu menjawab kebutuhan layanan kesehatan yang berkualitas.

Guna menjamin kualitas dan keberhasilan penyelenggaraan pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi dilakukan evaluasi. Hasil dari pelatihan serta kegiatan peningkatan kompetensi digunakan untuk proses sertifikasi melalui konversi ke dalam satuan kredit profesi. Dalam era digitalisasi ini sistem informasi yang terintegrasi mutlak diperlukan, Kementerian Kesehatan terus mendorong inovasi sistem informasi di bidang pendidikan dan pelatihan kesehatan. Salah satu langkah strategisnya adalah melalui Pelatihan Jarak Jauh (LJJ) yang didukung oleh *Learning Management System* (LMS). Hal ini dilakukan sebagai jawaban dari proses transformasi SDMK serta digital dalam kegiatan pelatihan dan peningkatan kompetensi. Kementerian Kesehatan telah memiliki Platform Pembelajaran Digital Kesehatan yang dikenal dengan Plataran Sehat yang dirancang untuk memfasilitasi, mengelola, dan melacak pembelajaran dalam konteks pelatihan dan peningkatan kompetensi. Plataran Sehat merupakan platform pembelajaran dan pengembangan kompetensi bagi tenaga kesehatan, tenaga medis, ASN Kemenkes serta Non ASN Kemenkes yang dapat digunakan untuk penyelenggaraan pelatihan dan peningkatan kompetensi lainnya, seperti seminar, webinar, workshop, dan konferensi.

Penggunaan Plataran Sehat untuk penyelenggaraan pelatihan maupun non pelatihan akan membuat peserta memperoleh pembelajaran yang berkualitas, dengan didukung materi atau media belajar yang

interaktif, serta fasilitator yang kompeten. Setelah menyelesaikan kegiatan dan dinyatakan lulus, peserta juga akan mendapatkan sertifikat elektronik (e-sertifikat) yang tercantum besaran nilai Satuan Kredit Profesi (SKP), yang dapat digunakan untuk pemenuhan kecukupan satuan kredit profesi.

Plataran Sehat selain digunakan untuk wadah pengembangan kompetensi bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, ASN dan Non ASN, dapat dimanfaatkan oleh penyelenggara pelatihan terakreditasi untuk menyelenggarakan berbagai macam pelatihan dan peningkatan kompetensi. Sampai dengan tahun 2024 terdapat 1.106.462 akun peserta yang terdaftar di Plataran sehat dan sebanyak 10.349 Jumlah pembelajaran yang terdaftar di Plataran Sehat.

3.4.1 Penyelenggaraan Peningkatan Kompetensi melalui Fellowship

Kementerian Kesehatan terus berkomitmen menjalankan transformasi layanan rujukan, khususnya untuk penanganan penyakit prioritas nasional, yaitu kanker, jantung, stroke, uronefrologi, serta kesehatan ibu dan anak (KJSU-KIA). Perbaikan layanan tersebut dilakukan melalui penguatan kapasitas rumah sakit, termasuk pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan, terutama dokter spesialis dengan kompetensi tambahan. Pemenuhan ini dilakukan melalui program Fellowship.

Program Fellowship telah berjalan di berbagai rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan, rumah sakit umum daerah, hingga beberapa rumah sakit luar negeri. Menindaklanjuti arahan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, pemenuhan dokter spesialis dengan kompetensi tambahan melalui program Fellowship ditargetkan dapat menjangkau

seluruh wilayah Indonesia. Untuk itu, Kementerian Kesehatan aktif berkoordinasi dengan pemerintah daerah dalam pendataan calon peserta Fellowship, khususnya untuk rumah sakit yang belum memiliki tenaga kesehatan dengan kompetensi dimaksud.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277 Tahun 2024 tentang Pengampuan Layanan KJSU-KIA, setiap provinsi diwajibkan memiliki setidaknya satu rumah sakit dengan strata paripurna atau utama, serta setiap kabupaten/kota minimal memiliki satu rumah sakit dengan strata madya. Terdapat 36 jenis fellowship esensial untuk mendukung layanan KJSU-KIA, di antaranya 28 dibutuhkan di rumah sakit strata utama dan/atau paripurna, serta 8 lainnya untuk strata madya.



36 Pembaruan

Standar Kebutuhan SDM Fellowship KJSU KIA
(Surat Dir. Pelayanan Klinis No. PN.02.01/D.II/371/2025 Tanggal 28 Februari 2025)

Harus dipenuhi sesuai strifikasi rumah sakit pemerintah: Madya (M), Utama (U), dan Paripurna (P).

*kurikulum dan penyelenggaraan dalam proses

Layanan	Jenis Spesialis	No	Program Fellow	Stratifikasi RS
Jantung	Sp.JP	1	Fellowship Kardiologi Intervensi atau	P-U-M
	Sp.PD KKV (K)	2	Fellowship Kardiologi Intervensi	P-U
	Sp.An	3	Fellowship Adult Cardiac Anesthesia & Critical Care (FACA)	P
Stroke	Sp.BTKV	4	Fellowship Jantung Paliatif ToF, Katup, CAVD	
	Sp.BS	5	Fellowship Vaskular; atau	
	Sp.N	6	Fellowship Neurointervensi; atau	P-U-M
Kanker	Sp.Rad	7	Fellowship Neuro Radiologi Intervensi;	
	Sp.PD	8	Fellowship Onkologi	U-M
	Sp.PK	9	Fellowship Tatalkansana Penyakit Saluran Cerna Dengan Endoskopi Tahap Dasar	U-M
Kanker	Sp.A	10	Fellowship Penyakit Paru Berbasis Bronskopogi Dan Intervensi Dasar	P-U
	Sp.OG	11	Fellowship di Bidang Hematologi*; atau	P
	Sp.B	12	Fellowship Onkologi	
Kanker	Sp.PA	13	Fellowship Leukemia Akut dan Onkologi Anak Dasar*	P-U
	Sp.Rad	14	Fellowship Penanganan Diri Kanker Serviks	U
	Sp.PKR	15	Fellowship Organ Oriented*	U
KIA	Sp.PD	16	Fellowship Fellowships Patologi Payudara; atau	
	Sp.A	17	Fellowship Patologi Paru dan Mediastinum; atau	P
	Sp.A	18	Fellowship Patologi Sistem Hematolimfoid	
KIA	Sp.Rad	19	Fellowship bidang Radiologi Anak*; atau	
	Sp.PKR	20	Fellowship Radiologi Toraks*; atau	P
	Sp.PKR	21	Fellowship di bidang Radiologi Payudara dan Reproduksi Perempuan*	
Uretnro	Sp.PD	22	Fellowship Kegawatdaruratan Respirasi; atau	
	Sp.A	23	Fellowship Pulmonologi Intervisional Lanjut	P-U
	Sp.A	24	Fellowship Tatalkansana Penyakit Ginjal dengan Dialisis Tahap Dasar	M
KIA	Sp.A	25	Fellowship Dialisis*	P-U
	Sp.A	26	Fellowship ETIA*	U
	Sp.An	27	Fellowship Neonatologi	U
KIA	Sp.OG	28	Fellowship Kardiologi	U
	Sp.THT-KL	29	Fellowship Pediatric Cardiac Anesthesia & Critical Care (FPCA)	P-U
	Sp.THT-KL	30	Fellowship Critical Care (FCC)	P-U
KIA	Sp.THT-KL	31	Fellowship Obstetric Emergency	U
	Sp.JP	32	Fellowship Obsginas	U
	Sp.JP	33	Fellowship Audiologi Bayi Dan Anak Komprehensif; atau	
KIA	Sp.JP	34	Fellowship Tul Kon genitalia Pada Bayi Dan Anak; Atau	P
	Sp.JP	35	Fellowship Gangguan Pendengaran Anak Lanjut	
	Sp.JP	36	Fellowship Kardiologi Pediatric Dan Penyakit Jantung Bawaan	P (Jantung) U (KIA)

Berdasarkan pemetaan di 514 kabupaten/kota, masih dibutuhkan pemenuhan SDM fellowship untuk rumah sakit strata madya, antara lain:

- 286 dokter spesialis jantung/penyakit dalam dengan kompetensi tambahan fellowship kardiologi intervensi,
- 299 dokter spesialis neurologi/bedah saraf/radiologi dengan fellowship intervensi stroke,

- 349 dokter spesialis penyakit dalam dengan fellowship onkologi, dan
- 134 dokter spesialis penyakit dalam dengan fellowship tatalaksana penyakit ginjal dan dialisis tahap dasar.

Kesenjangan ini mencerminkan kebutuhan mendesak untuk mempercepat penguatan layanan rujukan melalui strategi pengembangan kapasitas SDMK yang terencana, terukur, dan kolaboratif.

Program *fellowship* diselenggarakan oleh institusi pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bekerja sama dengan rumah sakit pendidikan atau jejaring rumah sakit pendidikan, baik di dalam maupun di luar negeri, dengan melibatkan Kolegium sebagai mitra akademik dan profesional.

Kurikulum *fellowship* disusun oleh penyelenggara program dengan mengacu pada standar kompetensi yang ditetapkan oleh Kolegium. Penyusunan standar kompetensi dilakukan oleh kolegium dengan melibatkan konsil. Peserta *fellowship* yang telah menyelesaikan program dan dinyatakan lulus akan memperoleh Sertifikat Kompetensi Tambahan yang diterbitkan oleh Kolegium. Berdasarkan sertifikat tersebut, dokter spesialis berhak mendapatkan Surat Tanda Registrasi Kompetensi Tambahan (STR-KT) yang diterbitkan oleh Konsil.

Untuk mendukung pelaksanaan program *fellowship*, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, masyarakat, dan pihak lain dapat memberikan bantuan pendanaan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan penerima bantuan pendanaan dari Pemerintah Pusat wajib melaksanakan pengabdian di fasilitas pelayanan kesehatan pengusul atau fasilitas lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Masa pengabdian tersebut ditetapkan oleh Menteri dengan ketentuan paling sedikit dua tahun setelah program *fellowship* yang telah diikuti selesai.

Dalam hal Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menerima bantuan pendanaan *fellowship* Kementerian Kesehatan tidak melaksanakan kewajiban pengabdian sesuai ketentuan, maka akan dikenakan sanksi administratif berupa pencabutan STR-Kompetensi Tambahan. Selain itu, yang bersangkutan juga diwajibkan mengembalikan seluruh bantuan pendanaan *fellowship* yang telah diterima.

3.4.2 Kemudahan dalam Sertifikasi dan Perizinan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

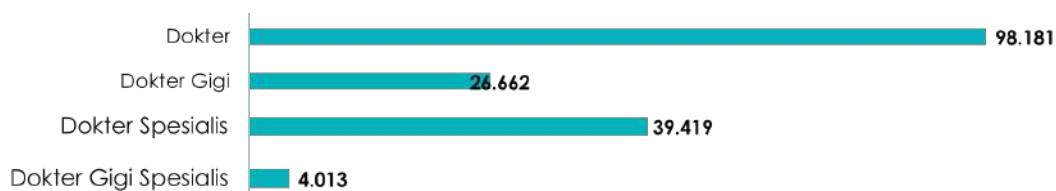
a. STR Berlaku Seumur Hidup dan Berbiaya 0 Rupiah

Dalam praktik internasional, seperti di Australia, Inggris, dan Amerika Serikat, sistem registrasi dan perizinan praktik telah diintegrasikan dalam satu lisensi (*license*) yang mencakup keduanya, dan diperbarui secara berkala berdasarkan pemenuhan bukti pengembangan kompetensi berkelanjutan, seperti *Continuing Professional Development* (CPD) atau *Continuing Medical Education* (CME). Berbeda dengan sistem di negara-negara tersebut, Indonesia tetap memisahkan fungsi registrasi dan perizinan praktik.

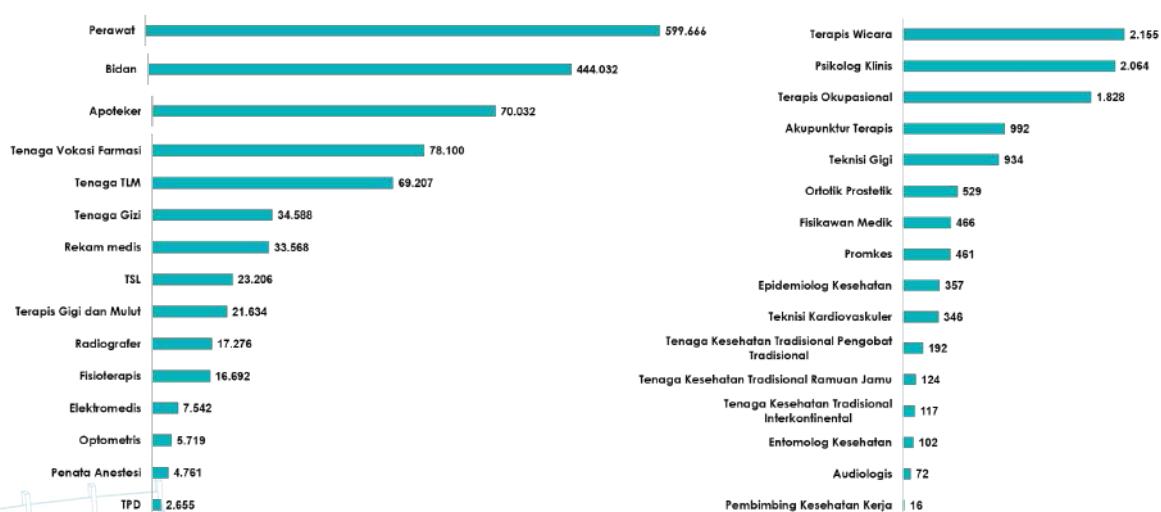
Sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, khususnya Pasal 318, Pemerintah menetapkan kebijakan STR seumur hidup sebagai bentuk penyederhanaan proses administratif. STR seumur hidup berfungsi sebagai bukti pencatatan kompetensi dan tidak lagi memerlukan perpanjangan secara berkala. Kebijakan ini sekaligus menghapus beban biaya, dengan penerbitan STR tanpa dipungut biaya (Rp.0) bagi Warga Negara Indonesia (WNI) yang melakukan pembaharuan STR lama menjadi STR Seumur Hidup, STR pendidikan (PPDS/PPDGS), dan peningkatan kompetensi/kualifikasi.

Proses pengajuan dilakukan sepenuhnya secara online melalui platform SatuSehat SDMK sehingga lebih efisien, transparan, dan mudah diakses.

Berdasarkan data Konsil Kesehatan Indonesia melalui laman resmi kki.go.id per Desember 2024, tercatat sebanyak 1.607.727 STR Seumur Hidup telah diterbitkan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan, atau sekitar 72,4% dari total 2.220.344 tenaga medis dan tenaga kesehatan yang terregistrasi aktif, serta 278.373 STR diterbitkan dengan biaya Rp. 0.



Grafik Rincian STR Seumur Hidup bagi Tenaga Medis per Desember 2024



b. Kemudahan Pengelolaan SKP melalui platform terpusat SatuSehat SKP

Pengumpulan Satuan Kredit Profesi (SKP) dalam perpanjangan SIP tetap diberlakukan sebagai mekanisme untuk menjamin mutu dan keberlanjutan kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

Pengelolaan infrastruktur sistem SKP yang sebelumnya berada di organisasi profesi, kini telah dialihkan kepada Kemenkes melalui platform terpusat SatuSehat SKP. Platform ini menjadi pusat integrasi pencatatan dan pelaporan aktivitas pengembangan kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Meskipun infrastruktur sistem dikelola Pemerintah, pengelolaan substansi SKP tetap menjadi tanggung jawab penuh Kolegium. Mulai dari penyusunan pedoman, proses verifikasi, hingga persetujuan SKP, semuanya dilakukan oleh Kolegium secara independen. Proses perolehan SKP menjadi lebih objektif, berbasis bukti kegiatan yang terverifikasi secara digital.

Pemerintah mendorong agar Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan menunjukkan profesionalisme tidak hanya dalam hal administratif, tetapi juga dalam upaya nyata untuk terus mengembangkan diri. Oleh karena itu, pengumpulan SKP sekarang bukan lagi dianggap sebagai urusan administratif semata, melainkan sebagai bagian penting dari sistem yang menjamin mutu dan keberlanjutan kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

c. Kemudahan Pengurusan SIP Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan melalui integrasi Sistem Perizinan yang terpusat hingga Kabupaten/Kota

Meskipun STR diberlakukan seumur hidup, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan tetap diwajibkan memiliki SIP sebagai dasar legal untuk praktik klinis, yang berlaku selama 5 (lima) tahun dan harus diperbarui secara berkala. Pasca UU No.17 Tahun 2023 diterbitkan, tidak ada lagi kewajiban melampirkan rekomendasi dari organisasi profesi untuk memperpanjang SIP.

Selain itu, ketentuan pada UU No. 17 Tahun 2023, Menteri Kesehatan juga dapat menerbitkan SIP dan surat tugas dalam kondisi tertentu sesuai dengan kebutuhan dan keurgensian layanan kesehatan seperti SIP bagi Peserta Program Pendidikan Spesialis (PPDS), internsip, pengampuan layanan prioritas kesehatan. Kebijakan ini ditujukan untuk menjamin fleksibilitas sistem perizinan dalam menjawab kebutuhan layanan kesehatan yang dinamis dan merata secara nasional.

3.4.3 Restrukturisasi kelembagaan melalui pembentukan Konsil Kesehatan Indonesia, Kolegium dan Majelis Disiplin Profesi

Konsil Kesehatan Indonesia (KKI) merupakan lembaga nonstruktural yang dibentuk berdasarkan amanat Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan pada Pasal 268. KKI bertugas untuk meningkatkan mutu serta kompetensi teknis keprofesian Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, sekaligus memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi masyarakat.

KKI berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden melalui Menteri, namun bersifat independen dalam menjalankan tugas dan fungsinya. KKI bertugas mendukung peningkatan mutu praktik serta kompetensi teknis keprofesian Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, sekaligus memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi masyarakat.

Struktur organisasi KKI terdiri dari Pimpinan Konsil Kesehatan Indonesia dan konsil-konsil untuk masing-masing kelompok Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Mengacu pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang pelaksanaannya, KKI memiliki peran sebagai berikut:

1. merumuskan kebijakan internal dan standarisasi pelaksanaan tugas KKI;
2. melakukan Registrasi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; dan
3. melakukan pembinaan teknis keprofesian Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

Untuk melaksanakan ketentuan Pasal 719 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, perlu dibentuk Sekretariat guna mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi Konsil Kesehatan Indonesia (KKI), Kolegium Kesehatan Indonesia, dan Majelis Disiplin Profesi.

KKI memiliki tugas mendukung peningkatan mutu praktik serta kompetensi teknis keprofesian Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, sekaligus memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi mereka. Fungsi KKI meliputi registrasi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, penetapan kompetensi yang beririsan antar profesi, penyusunan standar profesi, validasi dan pengusulan standar kompetensi, penetapan standar kurikulum pelatihan, serta pemberian sanksi disiplin.

Berdasarkan peran, tugas, dan fungsinya, Konsil Kesehatan Indonesia menghasilkan beberapa produk hukum yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan maupun ditetapkan oleh Ketua Konsil Kesehatan Indonesia, yaitu:

1. Standar Kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan
2. Standar Profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan
3. Standar Kurikulum Pelatihan
4. Standar Program/Kurikulum Fellowship
5. Hasil putusan Majelis Disiplin profesi berupa Keputusan Konsil Kesehatan Indonesia tentang Sanksi terhadap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

6. Kebijakan internal dan standarisasi pelaksanaan tugas KKI lainnya



Struktur Organisasi Konsil Kesehatan Indonesia periode 2024-2028

Dalam melaksanakan tugas, fungsi, dan kewenangannya, Konsil Kesehatan Indonesia (KKI) didukung oleh Kolegium, yang bersifat independen dalam menjalankan perannya. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, konsep Kolegium difokuskan pada pengembangan keilmuan dan pendidikan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Berbeda dari sebelumnya, Kolegium kini tidak lagi dibentuk oleh organisasi profesi, melainkan dapat dibentuk oleh kelompok ahli dari setiap disiplin ilmu kesehatan untuk mengembangkan cabang ilmu dan standar pendidikan tenaga kesehatan sesuai bidangnya.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1560/2024 tentang Pengesahan Kolegium Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, saat ini telah ditetapkan 50 Kolegium Tenaga Medis dan 31 Kolegium Tenaga Kesehatan.



Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1581/2024 tentang Keanggotaan Kolegium Kesehatan Indonesia Periode 2024–2028, telah ditetapkan sebanyak 78 anggota Kolegium Kesehatan Indonesia, yang terdiri atas 1 orang Ketua merangkap anggota, 1 orang Wakil Ketua merangkap anggota, dan 76 anggota lainnya yang merupakan ketua kolegium dari tiap disiplin ilmu kesehatan.

Para ketua kolegium tersebut kemudian membentuk struktur organisasi masing-masing kolegium, sehingga terbentuk 78 kolegium sesuai disiplin ilmu kesehatan, yang keseluruhannya telah ditetapkan melalui keputusan Menteri Kesehatan. Total jumlah anggota dari seluruh kolegium tersebut mencapai 2.475 orang. Saat ini terdapat tiga kolegium yang belum memiliki perwakilan di Kolegium Kesehatan Indonesia dan sementara ini diampu oleh kolegium lain dengan keilmuan yang paling relevan atau beririsan.

Di dalam PP Nomor 28 Tahun 2024, Kolegium memiliki peran, tugas, fungsi, dan wewenang sebagai berikut:

1. Peran: Menyusun standar kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dan menyusun standar kurikulum pelatihan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.
2. Tugas : Mengembangkan cabang disiplin ilmu dan standar pendidikan

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

3. Fungsi:
 - a. Penyusunan standar kompetensi dan standar kurikulum pelatihan;
 - b. Terlibat dalam penyusunan standar nasional pendidikan tinggi pada Pendidikan tinggi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang dilaksanakan oleh Kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Pendidikan;
 - c. Penyusunan kurikulum pendidikan tinggi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan bersama penyelenggara Pendidikan;
 - d. Penyusunan standar profesi bersama dengan Konsil untuk ditetapkan oleh Menteri
 - e. Bekerja sama dengan penyelenggara Pendidikan tinggi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan untuk melaksanakan uji kompetensi
 - f. Penyusunan kajian jenis dan kelompok Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan bersama dengan Konsil untuk ditetapkan Menteri
 - g. Penyusunan kompetensi yang beririsan
 - h. Penyusunan kajian penambahan kompetensi
 - i. Pelaksanaan evaluasi kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI Lulusan Luar Negeri serta Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNA Lulusan Luar Negeri bersama Menteri, Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Pendidikan, dan Konsil;
 - j. Pemberian dukungan penyusunan persyaratan dan standar rumah sakit pendidikan
4. Wewenang : menerbitkan sertifikat kompetensi.

Berdasarkan uraian di atas, kedudukan Kolegium bersifat independen dalam menjalankan tugas, fungsi, dan perannya. Kolegium tidak berada di bawah Menteri Kesehatan, namun tetap menjalin koordinasi

untuk memastikan keselarasan dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Menteri sebagai regulator di bidang kesehatan. Koordinasi ini penting agar pelaksanaan tugas dan fungsi Kolegium sejalan dengan kebijakan pemerintah, dalam rangka meningkatkan mutu dan kompetensi teknis keprofesian Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, serta mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan nasional.

Sejalan dengan itu, penegakan disiplin profesi merupakan aspek krusial dalam menjaga standar dan mutu pelayanan kesehatan. Untuk melaksanakan fungsi ini, Konsil Kesehatan Indonesia didukung oleh Majelis Disiplin Profesi (MDP) sebagai unsur pelaksana yang menangani pelanggaran disiplin dan menjaga integritas profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.



Majelis Disiplin Profesi (MDP) bertugas melaksanakan penegakan disiplin profesi bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Fungsinya mencakup menerima dan memverifikasi pengaduan, menentukan ada atau tidaknya pelanggaran disiplin profesi, mengambil keputusan, serta menetapkan sanksi. MDP juga memberikan rekomendasi atas dugaan pelanggaran hukum berdasarkan permintaan penyidik, Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS), atau permintaan dari Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sendiri.

Selain itu, MDP melaksanakan pemeriksaan dan memberikan rekomendasi melalui mekanisme yang meliputi audiensi dengan penyidik, pembentukan tim pemeriksa ad hoc, penyusunan uraian pelanggaran disiplin, serta penyusunan kode etik dan tata tertib persidangan. MDP juga menetapkan tata cara pemeriksaan terhadap pengaduan dan rekomendasi, serta melakukan sosialisasi mengenai penegakan disiplin profesi melalui media nasional.

3.5 Peta Jalan Pembinaan dan Pengawasan SDMK

3.5.1 Pengembangan Karir dan Pengelolaan SDMK

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan telah menandai dimulainya era baru reformasi sistem kesehatan nasional, termasuk dalam aspek penguatan tata kelola sumber daya manusia kesehatan. Perubahan ini menuntut penataan ulang yang sistematis dan berkelanjutan terhadap kebijakan dan implementasi manajemen ASN di bidang kesehatan, terutama dalam kerangka Jabatan Fungsional Kesehatan (JFK) yang berperan sebagai tulang punggung penyelenggaraan pelayanan kesehatan di seluruh jenjang.

Sebagai tindak lanjut atas mandat undang-undang tersebut, Kementerian Kesehatan bersama instansi pembina teknis dan instansi pembina kepegawaian telah menyusun peta jalan tata kelola sumber daya manusia kesehatan yang bersifat holistik. Peta jalan ini mencakup penguatan empat pilar utama tata kelola Jabatan Fungsional Kesehatan, yaitu:

- 1. Penataan Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan**
Reformasi kebijakan formasi Jabatan Fungsional Kesehatan (JFK) diarahkan untuk merespons kebutuhan riil pelayanan kesehatan yang

berbasis pada data Analisis Beban Kerja (ABK) dan peta kebutuhan nasional tenaga kesehatan. Perencanaan formasi JFK kini disusun secara lebih adaptif, dinamis, dan terintegrasi dengan sistem informasi SDMK nasional, dengan tetap mengedepankan prinsip pemerataan dan keberlanjutan ketersediaan tenaga kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.

2. Penguatan Mekanisme Uji Kompetensi Jabatan Fungsional Kesehatan

Uji kompetensi merupakan instrumen utama dalam penjenjangan dan pengembangan karier Aparatur Sipil Negara (ASN) di bidang kesehatan yang terus dikembangkan agar semakin objektif, terstandar, dan berbasis digital. Saat ini, pelaksanaan uji kompetensi telah mengadopsi sistem *Computer Assisted Test* (CAT) dengan perangkat soal yang dikalibrasi secara nasional, dengan dasar pelaksanaan Permenkes No. 1 Tahun 2025 tentang Pedoman Penyelenggaraan Uji Kompetensi Jabatan Fungsional Bidang Kesehatan. Dengan pendekatan ini, penilaian terhadap ASN di bidang kesehatan dilakukan berdasarkan tingkat kompetensi yang relevan dengan jenjang jabatan serta bidang keahlian masing-masing.

3. Penguatan Standar Kompetensi Jabatan Fungsional Kesehatan

Urgensi standar kompetensi jabatan fungsional kesehatan yaitu:

a. Pengembangan kompetensi

Perencanaan Pengembangan Kompetensi, Pemberian Tugas Belajar, Pelatihan (manajerial, teknis, fungsional), Coaching, Mentoring, Magang di instansi pemerintah / swasta, Pengembangan kompetensi terstruktur dan acuan penyusunan kurikulum diklat.

b. Pengembangan karier

Menyusun pola/alur karier, Seleksi Administrasi (persyaratan jabatan), Seleksi Kompetensi manajerial, dan sosial kultural, Seleksi Kompetensi Teknis

c. Rekrutmen SDM ASN

Seleksi Administrasi (syarat jabatan), Seleksi Kompetensi Dasar (komp manajerial sosial kultural), seleksi Kompetensi Bidang (kompetensi teknis)

d. Perencanaan SDM ASN

Kebutuhan Jabatan (kompetensi, kualifikasi), Proyeksi Kebutuhan, Persediaan SDM ASN, Proyeksi Persediaan, Perencanaan Pemenuhan

e. Penempatan ASN

Penempatan sesuai kualifikasi dan atau pengalaman jabatan, Penempatan sesuai kompetensi, Panduan *the right man on the right job.*

f. Promosi dan Mutasi

Promosi berdasarkan persyaratan jabatan. kompetensi, kinerja; mutasi berdasarkan kesesuaian kompetensi; Mutasi, Promosi hrs sudah memenuhi kompetensi (mengikuti dan lulus uji kompetensi)

g. Uji Kompetensi

Acuan menyusun materi uji kompetensi, Acuan penyusunan kurikulum diklat, Uji kompetensi oleh Lembaga terakreditasi

h. Sistem Informasi ASN dan Talent Pool

Kompetensi sebagai salah satu informasi pokok dalam sistem informasi ASN, kecocokan kompetensi menjadi tools untuk pengawasan sistem merit.

4. Penilaian Kinerja Jabatan Fungsional Kesehatan yang Berbasis Kinerja Nyata

Penilaian kinerja ASN di lingkungan Jabatan Fungsional Kesehatan (JFK) kini diarahkan untuk lebih menekankan pada pencapaian hasil kerja (output dan outcome) sesuai dengan tugas pokok jabatan, bukan semata berdasarkan kehadiran atau pemenuhan administratif. Sistem penilaian kinerja ini menggunakan indikator kinerja individu (IKI) yang disusun secara kuantitatif dan kualitatif, sehingga proses evaluasi menjadi lebih objektif, adil, serta mendorong peningkatan produktivitas dan akuntabilitas kinerja ASN.

Peta jalan reformasi tata kelola SDMK menjadi pedoman strategis bagi seluruh pemangku kepentingan, baik di tingkat pusat maupun daerah, dalam membangun sistem pengelolaan ASN kesehatan yang profesional, kompeten, dan adaptif terhadap tantangan pelayanan kesehatan ke depan. Sinergi lintas sektor, optimalisasi pemanfaatan teknologi informasi, serta penguatan regulasi dan fungsi pengawasan merupakan faktor kunci dalam keberhasilan implementasi peta jalan tersebut.

Dengan demikian, reformasi pasca ditetapkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan bukan sekadar menjadi momentum perubahan normatif, tetapi juga merupakan peluang strategis untuk membangun sistem SDMK nasional yang unggul dan berdaya saing dalam mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.

Pengelolaan jabatan fungsional di bidang kesehatan merupakan proses yang kompleks dan terstruktur, yang mencakup tahapan perencanaan, pengangkatan, pengembangan, dan penilaian kinerja.

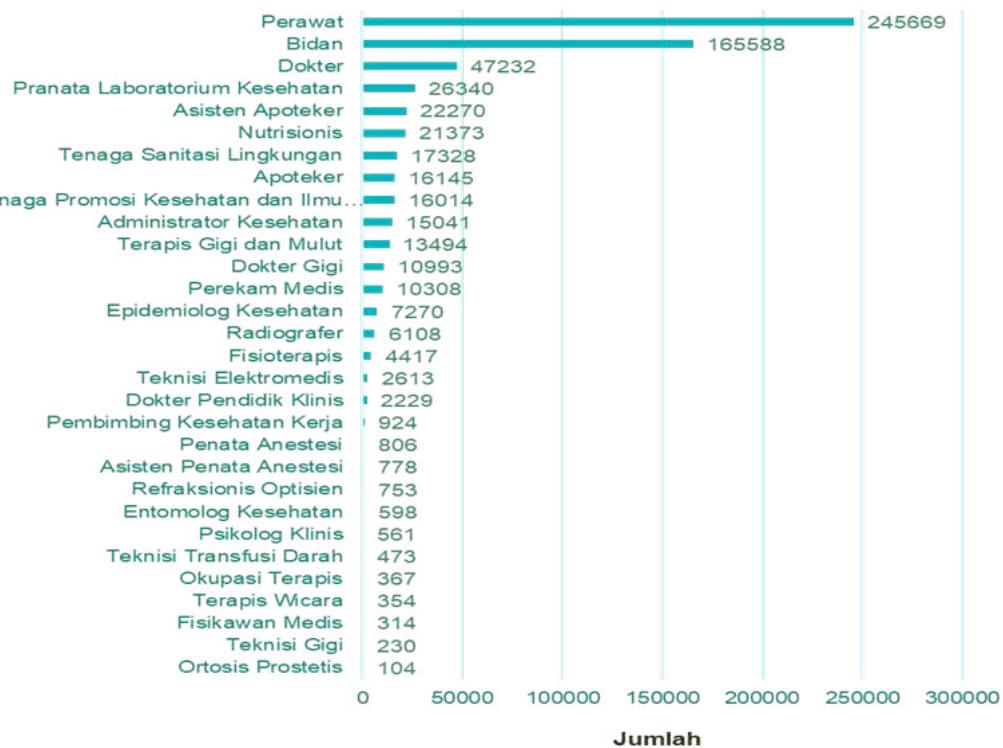
Tahapan perencanaan melibatkan identifikasi kebutuhan tenaga kesehatan, penyusunan standar kompetensi, serta penetapan kualifikasi jabatan. Pengangkatan ASN dilakukan melalui proses seleksi yang ketat untuk memastikan kesesuaian antara kompetensi individu dengan persyaratan jabatan. Selanjutnya, pengembangan kompetensi dilakukan melalui pendidikan, pelatihan, dan pengalaman kerja yang relevan, disertai penilaian kinerja secara objektif dan terukur.

Sebagai bagian dari penguatan manajemen karier, pelaksanaan uji kompetensi telah mengadopsi sistem *Computer Assisted Test* (CAT) berbasis perangkat soal yang dikalibrasi secara nasional. Hal ini memungkinkan penilaian yang lebih terstandar, transparan, dan konsisten terhadap kapasitas ASN dalam melaksanakan fungsi jabatan fungsional kesehatan.

Dalam mendukung implementasi sistem jabatan fungsional yang profesional dan akuntabel, pemerintah telah menetapkan sejumlah regulasi. Salah satunya adalah Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (PermenPAN-RB) Nomor 1 Tahun 2023 tentang Jabatan Fungsional di Lingkungan ASN, yang merupakan tindak lanjut dari Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen PNS. Regulasi ini menjadi landasan hukum penting dalam penyelenggaraan manajemen ASN, termasuk pembinaan dan pengawasan terhadap 30 jenis Jabatan Fungsional Kesehatan di lingkungan Kementerian Kesehatan. Dengan adanya regulasi ini, diharapkan pengelolaan jabatan fungsional kesehatan dapat dilakukan secara lebih terarah, efektif, dan mampu menjawab kebutuhan pelayanan kesehatan yang dinamis dan berorientasi pada mutu.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Jabatan Fungsional di Bidang Kesehatan



Data BKN per Agustus 2024 terdapat 656.694 Pejabat Fungsional Kesehatan dari 30 Jenis Jabatan Fungsional Kesehatan.

Pengembangan karier tenaga kesehatan non ASN dilakukan berdasarkan kualifikasi, kompetensi, dan kinerja, sesuai kebutuhan organisasi. Tenaga kesehatan Non ASN yang bekerja di rumah sakit milik swasta dan pemerintah selama ini belum memiliki pengaturan sistem karier yang terstandar sehingga diperlukan standarisasi karier SDMK non ASN untuk mendorong peningkatan kapasitas dan profesionalisme secara berkelanjutan.

Berdasarkan peraturan Menteri Ketenagakerjaan Nomor 1 Tahun 2017 tentang Struktur dan Skala Upah, Pengembangan karir Non ASN diatur oleh masing-masing Instansi Pemberi Kerja. Pengaturan terkait

struktur dan skala upah memperhatikan golongan, jabatan, masa kerja, pendidikan dan kompetensi. Dengan adanya kewajiban untuk membuat struktur dan skala upah yang jelas, fasilitas kesehatan akan secara tidak langsung menyediakan peta jalan jabatan yang lebih transparan. Peta jalan ini, ditambah dengan sistem upah berbasis kompetensi dan kinerja, dapat menjadi stimulus kuat bagi SDMK non ASN untuk secara proaktif merencanakan dan melaksanakan pengembangan karier mereka agar dapat naik ke jenjang yang lebih tinggi dengan kompensasi yang lebih baik.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 209 ayat (2), pendidikan profesi dokter spesialis dan subspesialis dapat diselenggarakan oleh rumah sakit pendidikan sebagai penyelenggara utama (RSPPU), bekerja sama dengan perguruan tinggi, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan dan kesehatan, serta melibatkan Kolegium.

Penyelenggaraan pendidikan tersebut memerlukan dukungan sumber daya manusia, termasuk Pendidik Klinis, yang berperan memberikan pelayanan kesehatan serta melaksanakan tugas pendidikan klinis, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat di rumah sakit pendidikan yang bermitra dengan perguruan tinggi. Untuk mendukung hal ini, sesuai ketentuan Pasal 606 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, diperlukan penetapan Peraturan Presiden tentang Pendidik Klinis sebagai dasar hukum pengaturannya.

Perpres Pendidik Klinis merupakan salah satu program prioritas Kementerian Kesehatan yang merupakan salah satu pengaturan jenjang karier bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memiliki tugas dan fungsi sebagai pendidik klinis, sebagaimana telah tercantum dalam Keputusan Presiden Nomor 5 Tahun 2025 tentang Program Penyusunan

Peraturan Presiden Tahun 2025. Proses penyusunannya dipantau oleh Kementerian Hukum dan HAM, dan akan dilaporkan secara berkala kepada Presiden agar dapat diselesaikan sesuai target yang telah ditetapkan.

3.5.2 Perlindungan dan Kesejahteraan SDMK

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 273 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Pasal 721, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan berhak memperoleh perlindungan dan penghargaan dalam menjalankan praktik keprofesiannya. Hak-hak tersebut mencakup:

- a. mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi, serta kebutuhan Kesehatan Pasien
- b. mendapatkan informasi yang lengkap dan benar dari Pasien atau keluarganya;
- c. mendapatkan gaji/upah, imbalan jasa, dan tunjangan kinerja yang layak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. mendapatkan perlindungan atas keselamatan, Kesehatan kerja, dan keamanan;
- e. mendapatkan jaminan kesehatan dan jaminan ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. mendapatkan pelindungan atas perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya;
- g. mendapatkan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- h. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pengembangan kompetensi, keilmuan, dan karir di bidang keprofesiannya;
- i. menolak keinginan Pasien atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, kode etik, atau ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- j. mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Perlindungan hukum bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan ditujukan untuk:

- a. memberikan kepastian hukum kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. menjamin bekerja tanpa paksaan dan ancaman dari pihak lain; dan
- c. menjamin bekerja sesuai dengan kewenangan dan kompetensi keprofesiannya.

Perlindungan hukum bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diberikan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes). Pemerintah Pusat dapat melibatkan Konsil Kesehatan Indonesia dan Majelis Disiplin Profesi dalam proses pemberian perlindungan tersebut. Di tingkat daerah, perlindungan hukum dikoordinasikan oleh perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Sementara itu, di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, perlindungan hukum diberikan oleh pimpinan Fasyankes melalui unit yang memiliki fungsi pencegahan dan penanganan permasalahan hukum bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

Pelindungan hukum bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan meliputi:

- a. pelindungan hukum dalam rangka mencegah Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan melakukan pelanggaran; dan
- b. pelindungan hukum bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menghadapi permasalahan hukum.

Perlindungan hukum dalam rangka mencegah pelanggaran oleh Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Sementara itu, perlindungan hukum bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menghadapi permasalahan hukum dapat dilakukan melalui mekanisme penyelesaian perselisihan, penegakan etika profesi, penegakan disiplin profesi, dan penegakan hukum. Penyelesaian perselisihan diutamakan dilakukan di luar pengadilan melalui mekanisme Alternatif Penyelesaian Sengketa (APS), yang dapat berupa negosiasi, konsiliasi, dan/atau mediasi. Proses APS dilakukan secara berjenjang, dimulai dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dilanjutkan oleh Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Pusat.

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan memiliki hak untuk memperoleh penghasilan yang layak, baik berupa upah maupun pendapatan non-upah, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Bagi mereka yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan milik masyarakat, upah diberikan berdasarkan perjanjian kerja, peraturan perusahaan, perjanjian kerja bersama, dan/atau perjanjian kerja sama. Besaran upah paling sedikit harus sesuai dengan Upah Minimum yang berlaku.

Untuk memastikan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan, adil, merata, aman, berkualitas, dan terjangkau, diperlukan perlindungan dan kesejahteraan yang memadai bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagai pemberi layanan. Kesejahteraan yang terjamin akan berdampak langsung terhadap peningkatan mutu layanan kepada masyarakat. Namun, berbagai permasalahan masih dihadapi, khususnya oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bertugas di daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, dan wilayah dengan masalah kesehatan lainnya. Salah satu isu utama adalah rendahnya pendapatan yang diterima, bahkan di bawah Upah Minimum Provinsi (UMP), yang berdampak pada rendahnya retensi dan keberlanjutan kehadiran tenaga di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.

Pemberian upah yang layak bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan bertujuan:

- a. memastikan kesejahteraan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;
- b. meningkatkan minat dan retensi untuk bekerja di fasilitas pelayanan Kesehatan; dan/atau
- c. meningkatkan mutu dan produktivitas pelayanan kesehatan di Fasilitas pelayanan Kesehatan.

Pemberian imbalan jasa bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan ditetapkan berdasarkan satuan hasil kerja, yang mengacu pada jumlah pasien dan jenis pelayanan yang diberikan, sesuai kesepakatan antara pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan atau pemberi kerja dengan tenaga yang bersangkutan. Tunjangan kinerja diberikan secara berkala berdasarkan capaian kinerja dan produktivitas, serta disesuaikan dengan kemampuan keuangan fasilitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 235 ayat (2) serta Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Pasal 729 ayat (1), diamanatkan bahwa Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, daerah bermasalah kesehatan, atau daerah yang tidak diminati, berhak memperoleh tunjangan atau insentif khusus, jaminan keamanan, dukungan sarana prasarana dan alat kesehatan, kenaikan pangkat luar biasa, serta perlindungan dalam pelaksanaan tugas, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, adil dan merata khususnya pelayanan spesialistik-subspesialistik di DTPK, perlu meningkatkan kesejahteraan tenaga medis melalui pemberian tunjangan khusus bagi dokter spesialis, dokter subspesialis, dokter gigi spesialis, dan dokter gigi subspesialis yang bertugas di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan. Hal ini juga diharapkan mampu meningkatkan minat penempatan dan retensi dokter spesialis, dokter subspesialis, dokter gigi spesialis, dan dokter gigi subspesialis yang bertugas di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan.

Berdasarkan hal tersebut, saat ini sedang disusun Peraturan Presiden tentang Tunjangan Khusus bagi dokter spesialis, dokter subspesialis, dokter gigi spesialis dan dokter gigi subspesialis di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan sebagai dasar pemberian tunjangan khusus yang direncanakan dapat diimplementasikan mulai tahun 2025.

Berdasarkan pasal 729 (ayat 1) Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU Nomor 17 Tahun 2023

Tentang Kesehatan, bahwa Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang melaksanakan tugas Pelayanan Kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, termasuk daerah terpencil, daerah sangat terpencil, daerah rawan konflik, dan daerah konflik serta daerah bermasalah Kesehatan harus mendapatkan pelindungan keamanan dan keselamatan dari Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangannya. Dalam menindaklanjuti amanah dari Peraturan Pemerintah tersebut saat ini sedang disusun Peraturan Presiden tentang pelindungan keamanan dan keselamatan bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, termasuk daerah terpencil, daerah sangat terpencil, daerah rawan konflik, dan daerah konflik serta daerah bermasalah Kesehatan.

Pelindungan keamanan dan keselamatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan bertujuan a.menciptakan kehidupan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang aman bebas dari gangguan bahaya dan resiko yang mengancam keamanan dan keselamatan jiwa serta harta benda akibat konflik sosial, ancaman separatistis, kondisi sosio kultural dan geografis di DTPK, daerah terpencil, daerah sangat terpencil, serta daerah bermasalah kesehatan; b. menjaga keberlangsungan-pelayanan kesehatan di DTPK, termasuk daerah terpencil, daerah sangat terpencil, daerah rawan konflik, dan daerah konflik serta daerah bermasalah kesehatan

Diharapkan peraturan Presiden tersebut menjadi acuan bagi pemerintah pusat dan daerah dalam memberikan pelindungan keamanan dan keselamatan.

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak mendapatkan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penghargaan diberikan sebagai bentuk apresiasi kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menunjukkan kinerja dan dedikasi tinggi, khususnya dalam mendukung keberhasilan program-program kesehatan di wilayah kerjanya.

Tujuan pemberian penghargaan bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan :

- a. meningkatkan motivasi dan prestasi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam melakukan pengabdian dan inovasi di bidang pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- b. meningkatkan kinerja Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan tugas pelayanan kesehatannya.
- c. menjadikan para Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagai agen perubahan di bidang kesehatan.

Bentuk penghargaan dapat diberikan berupa finansial dan non finansial. Bentuk penghargaan finansial berupa barang/natura. Bentuk penghargaan non finansial berupa tanda kehormatan; kenaikan jenjang karier fungsional/profesional dapat berupa kenaikan pangkat luar biasa; piagam; pin; kesempatan prioritas untuk pengembangan kompetensi; kesempatan menghadiri acara resmi dan/atau acara kenegaraan; dan/atau bentuk lainnya yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3.5.3 Pembinaan dan Pengawasan SDMK

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung

jawab dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan di bidang kesehatan, yang mencakup upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan, termasuk sumber daya manusia kesehatan. Kegiatan ini harus dilakukan secara terkoordinasi, berkelanjutan, dan dapat dilaksanakan secara berkala maupun sewaktu-waktu.

Untuk meningkatkan kesadaran terhadap pentingnya pembinaan dan pengawasan SDMK, Pemerintah Pusat menyelenggarakan pengawasan berkala menggunakan Instrumen Pengawasan SDMK. Instrumen ini menilai tahapan pembinaan dan pengawasan, mulai dari regulasi, pelaksanaan, pelaporan, hingga evaluasi.

Ruang lingkup pengawasan meliputi aspek pembinaan, kesejahteraan SDM, perlindungan hukum, keselamatan dan kesehatan kerja (K3), pelaksanaan praktik, peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan, pengembangan karier, serta penanganan pengaduan.

Pengawasan berkala dilaksanakan dua kali setahun dan menasar tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga penunjang, dan tenaga pendukung di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah, kementerian/lembaga, maupun swasta di 38 provinsi dan 514 kabupaten/kota. Pelaksanaan dilakukan secara berjenjang oleh Kepala Dinas Kesehatan provinsi/kabupaten/kota dan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

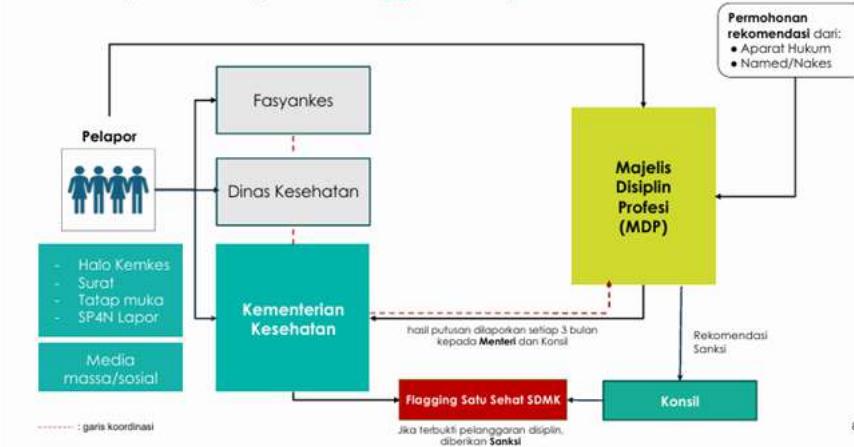
Sementara itu, pengawasan sewaktu-waktu dilakukan secara insidentil apabila terdapat kebutuhan mendesak, aduan masyarakat, pelaporan, atau dugaan pelanggaran. Pengawasan ini dapat melibatkan lintas sektor, seperti Konsil, kementerian/lembaga, pemerintah daerah,

organisasi profesi, pakar, serta pemangku kepentingan lainnya, dengan membentuk tim insidentil yang melibatkan partisipasi masyarakat secara aktif.

Tenaga medis dan tenaga kesehatan wajib memberikan pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan, prosedur operasional, dan etika profesi, dengan tetap memperhatikan kebutuhan kesehatan pasien. Apabila diduga terjadi pelanggaran, masyarakat dapat menyampaikan pengaduan melalui kanal resmi, seperti fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kesehatan, Kementerian Kesehatan, Halo Kemkes, SP4N-Lapor, surat, tatap muka langsung, maupun media massa atau media sosial.

Setiap pengaduan yang diterima akan dikaji dan dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan dengan unit terkait, termasuk Majelis Disiplin Profesi (MDP) apabila ditemukan indikasi pelanggaran disiplin. Jika terbukti, akan diberikan sanksi serta dikenakan penandaan administratif berupa *flagging sanksi* melalui sistem Satu Sehat SDMK terhadap tenaga medis atau tenaga kesehatan yang bersangkutan.

Alur Pengaduan Dugaan Pelanggaran Disiplin Profesi



Pembinaan teknis keprofesian Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan oleh Konsil Kesehatan Indonesia (KKI), difasilitasi oleh Sekretariat KKI, Kolegium Kesehatan Indonesia, dan Majelis Disiplin Profesi, dirancang untuk menjamin keberlangsungan, efektivitas, dan akuntabilitas proses pembinaan, mulai dari tahap perencanaan hingga penjaminan mutu.

Mekanisme pembinaan dilaksanakan secara terintegrasi dan berjenjang, sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab masing-masing pelaksana, yang mencakup tahapan sebagai berikut:

1. Perencanaan Pembinaan

Perencanaan merupakan langkah awal yang krusial dalam pembinaan teknis keprofesian. Penyusunan rencana pembinaan dilakukan berdasarkan hasil identifikasi kebutuhan pembinaan yang diperoleh melalui evaluasi kinerja, perkembangan IPTEK, kebijakan nasional kesehatan, dan masukan dari berbagai pemangku kepentingan.

2. Pelaksanaan Pembinaan

Tahap ini merupakan inti dari proses pembinaan, di mana kegiatan dijalankan secara operasional oleh lembaga yang berwenang dan sesuai standar yang telah ditetapkan. Pelaksanaan kegiatan pembinaan dilakukan oleh instansi atau lembaga yang kompeten dan terakreditasi sesuai dengan jenis pembinaan yang dilaksanakan. Pelaksanaan pembinaan dapat dilakukan secara individual atau kelompok, dan dapat dilaksanakan secara daring, luring, atau kombinasi keduanya (hybrid).

3. Koordinasi Antar Pemangku Kepentingan

Koordinasi merupakan elemen kunci dalam memastikan bahwa pembinaan tidak berjalan secara terfragmentasi, melainkan sinergis dan

saling melengkapi antar pelaksana di berbagai level. Konsil bertanggung jawab atas koordinasi lintas lembaga yang terlibat dalam pembinaan, termasuk Kolegium, organisasi profesi, institusi pendidikan, dan dinas kesehatan.

4. Pelaporan Kegiatan Pembinaan

Pelaporan menjadi instrumen penting untuk memastikan akuntabilitas pelaksanaan dan memberikan dasar bagi evaluasi berkelanjutan terhadap efektivitas pembinaan. Setiap pelaksana pembinaan wajib menyusun dan menyampaikan laporan kegiatan kepada KKI dan/atau Kolegium sesuai format dan jadwal yang telah ditentukan. Laporan kegiatan sekurang-kurangnya memuat informasi tentang peserta, materi, metode, hasil asesmen, dan rekomendasi tindak lanjut.

5. Penjaminan Mutu Pembinaan

Untuk memastikan bahwa pembinaan berjalan sesuai standar dan memberikan dampak nyata terhadap peningkatan kompetensi, diperlukan sistem penjaminan mutu yang kuat dan berkelanjutan. KKI menetapkan mekanisme penjaminan mutu terhadap seluruh kegiatan pembinaan, baik dari segi proses, substansi, maupun hasil. KKI dan Kolegium dapat melakukan audit mutu pembinaan secara berkala guna memastikan kesesuaian pelaksanaan dengan standar yang ditetapkan.

4. OPERASIONALISASI PETA JALAN PENGELOLAAN SDMK

Untuk mewujudkan sistem kesehatan nasional yang tangguh dan merata, dibutuhkan pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang tidak hanya terencana dengan baik, tetapi juga terimplementasi secara konkret dan terukur. Peta jalan (roadmap) pengelolaan SDMK dalam *blueprint* ini disusun sebagai panduan operasional bagi seluruh pemangku kepentingan, guna menerjemahkan visi dan arah strategis ke dalam aksi nyata selama periode 2025–2029. Operasionalisasi ini secara langsung mendukung pencapaian *Indeks SDMK (ISS)* sebagai indikator utama keberhasilan sektor kesehatan, serta *Indikator Kinerja Kementerian (IKK)* dan *Indikator Kinerja Program (IKP)* yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan nasional.

Peta jalan ini dirancang untuk memastikan keberhasilan implementasi kebijakan melalui intervensi pada lima pilar utama pengelolaan SDMK, dengan menetapkan sasaran tahunan, indikator output dan outcome, serta peran lintas unit dan lintas sektor. Setiap rencana aksi dikaitkan secara langsung dengan target-target IKK dan IKP, seperti peningkatan rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk, proporsi tenaga kesehatan di DTPK, peningkatan jumlah tenaga kesehatan tersertifikasi, serta perluasan akses pelatihan dan pengembangan kompetensi.

Dengan mengaitkan pelaksanaan *blueprint* ini secara eksplisit dengan kerangka indikator nasional, diharapkan pengelolaan SDMK dapat lebih selaras dengan agenda pembangunan kesehatan nasional, lebih mudah dimonitor, dan lebih kuat dalam pengambilan kebijakan berbasis bukti. Selain itu, peta jalan ini menjadi alat navigasi strategis untuk menjamin bahwa investasi pada SDMK memberikan dampak nyata

terhadap capaian derajat kesehatan masyarakat dan transformasi layanan primer maupun rujukan.

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

1. Cascading ISS, IKP, dan IKK Direktorat Jenderal SDMK 2025-2029

Program/ Kegiatan	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Lokasi	Target					Alokasi (dalam juta rupiah)				Unit Organisasi Pelaksana
			2025	2026	2027	2028	2029	2026	2027	2028	2029	
024 KEMENTERIAN KESEHATAN								4.876.566	5.046.072	3.188.910	5.235.422	
Sasaran Strategis: 3.2 Meningkatnya pemerataan SDMK												
	ISS 20: Rasio Nakes dan Named terhadap populasi		5,3 : 1000	5,3 : 1000	5,4 : 1000	5,4 : 1000	5,5 : 1000					Direktorat Jenderal SDMK
024.D1 Program Sumber Daya Kesehatan								1.085.764	1.205.567	1.282.327	1.294.549	
Sasaran Program: Meningkatnya pemenuhan SDMK sesuai standar												
	IKP 20.1 Persentase puskesmas dengan SDMK sesuai standar		17%	22%	30%	40%	50%					Direktorat Jenderal SDMK
	IKP 20.2 Persentase RS Pemerintah dengan Dokter Spesialis sesuai standar		67%	71%	76%	81%	86%					Direktorat Jenderal SDMK
	IKP 20.3 Tingkat Retensi Named dan Nakes		90%	90%	90%	90%	90%					Direktorat Jenderal SDMK
7970 Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan								1.085.764	1.205.567	1.282.327	1.294.549	

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Program/ Kegiatan	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Lokasi	Target					Alokasi (dalam juta rupiah)				Unit Organisasi Pelaksana
			2025	2026	2027	2028	2029	2026	2027	2028	2029	
Sasaran Kegiatan: Meningkatnya Perencanaan SDMK												
	IKK 20.1.1 Persentase dokumen Perencanaan Kebutuhan per jenis Named dan Nakes dengan pendekatan wilayah		100%	100%	100%	100%	100%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Perencanaan SDMK
	IKK 20.1.2 Persentase Kab/Kota dengan pemutakhiran penghitungan kebutuhan SDMK sesuai standar pada Puskesmas dan Labkesmas		30%	45%	60%	75%	90%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Perencanaan SDMK
	IKK 20.2.1 Persentase Kab/Kota dengan pemutakhiran penghitungan kebutuhan SDMK sesuai standar di Rumah Sakit		30%	45%	60%	75%	90%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Perencanaan SDMK
Sasaran Kegiatan: Meningkatnya Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan												
	IKK 20.1.3 Jumlah kab/kota dengan SDMK Puskesmas sesuai standar		19 Kab/Kota	37 Kab/Kota	58 Kab/Kota	97 Kab/Kota	175 Kab/Kota					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Pendayagunaan SDMK
	IKK 20.2.3 Jumlah kab/kota dengan jenis		270 Kab/Kota	290 Kab/Kota	310 Kab/Kota	330 Kab/Kota	345 Kab/Kota					Direktorat Jenderal SDMK -

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Program/ Kegiatan	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Lokasi	Target					Alokasi (dalam juta rupiah)				Unit Organisasi Pelaksana
			2025	2026	2027	2028	2029	2026	2027	2028	2029	
	dokter spesialis pada RS sesuai standar											Direktorat Pendayagunaan SDMK
	IKK 20.2.6 Persentase Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI lulusan luar negeri yang didayagunakan di fasyankes sesuai kebutuhan		80%	80%	80%	80%	80%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Pendayagunaan SDMK
	IKK 20.2.7 Persentase Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNA lulusan luar negeri yang didayagunakan di fasyankes sesuai kebutuhan		70%	70%	70%	70%	70%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Pendayagunaan SDMK
	IKK 20.2.8 Persentase Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang didayagunakan ke luar negeri		69%	71%	73%	75%	77%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Pendayagunaan SDMK
	Sasaran Kegiatan: Meningkatnya Registrasi, Standardisasi, Pembinaan dan Pengawasan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan											
	IKK 20.2.2 Rasio dokter spesialis		0,19 per 1.000 pddk	0,2 per 1.000 pddk	0,21 per 1.000 pddk	0,22 per 1.000 pddk	0,24 per 1.000 pddk					Direktorat Jenderal SDMK - Sekretariat Konsil Kesehatan

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Program/ Kegiatan	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Lokasi	Target					Alokasi (dalam juta rupiah)				Unit Organisasi Pelaksana
			2025	2026	2027	2028	2029	2026	2027	2028	2029	
												Indonesia, Kolegium Kesehatan Indonesia, dan Majelis Disiplin Profesi
	IKK 20.2.4 Persentase standar profesi dan standar kompetensi yang disusun sesuai kebutuhan		100%	100%	100%	100%	100%					Direktorat Jenderal SDMK - Sekretariat Konsil Kesehatan Indonesia, Kolegium Kesehatan Indonesia, dan Majelis Disiplin Profesi
	IKK 20.2.5 Persentase STR Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang diterbitkan sesuai janji layanan		100%	100%	100%	100%	100%					Direktorat Jenderal SDMK - Sekretariat Konsil Kesehatan Indonesia, Kolegium Kesehatan Indonesia, dan Majelis Disiplin Profesi

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Program/ Kegiatan	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Lokasi	Target					Alokasi (dalam juta rupiah)				Unit Organisasi Pelaksana
			2025	2026	2027	2028	2029	2026	2027	2028	2029	
Sasaran Kegiatan: Terlaksananya Pembinaan, Pengawasan, dan Pelindungan SDMK												
	IKK 20.3.1 Persentase Prov/Kab/Kota yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap SDMK sesuai standar		10%	20%	50%	80%	100%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Pembinaan dan Pengawasan SDMK
	IKK 20.3.2 Persentase Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang di berikan tunjangan khusus di DTPK, daerah bermasalah kesehatan, dan daerah tidak diminati		100%	100%	100%	100%	100%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Pembinaan dan Pengawasan SDMK
024.DL Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi								1.724.641	1.768.019	1.812.842	1.858.076	
Sasaran Program: Meningkatnya ketersediaan SDMK yang berkualitas												
	IKP 17.3 Persentase Named Nakes yang ditingkatkan mutunya		65%	70%	75%	80%	85%					Direktorat Jenderal SDMK
5034 Pembinaan dan Pengelolaan Pendidikan Tinggi								306.884	314.556	322.420	330.481	
Sasaran Kegiatan: Terlaksananya Pembinaan dan Pengelolaan Pendidikan Tinggi												

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Program/ Kegiatan	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Lokasi	Target					Alokasi (dalam juta rupiah)				Unit Organisasi Pelaksana
			2025	2026	2027	2028	2029	2026	2027	2028	2029	
	IKK 17.3.1 Persentase Serapan Lulusan Poltekkes Kemenkes yang Diterima Bekerja di Sektor Kesehatan		75%	78%	81%	85%	90%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Penyediaan SDMK
5234 Kegiatan Pelaksanaan Internsip Tenaga Medis								449.849	461.095	472.622	484.438	
Sasaran Kegiatan: Terlaksananya Internsip Tenaga Medis												
	IKK 17.3.2 Persentase tenaga medis internsip yang mahir dan mandiri dalam menjalankan praktik keprofesionalan		98%	98%	98%	98%	98%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Pendayagunaan SDMK
6822 Peningkatan Mutu dan kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan								967.908	992.368	1.017.800	1.043.157	
Sasaran Kegiatan: Meningkatnya Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan												
	IKK 17.3.3 Persentase kab/kota yang memiliki institusi penyelenggara pelatihan dan/atau peningkatan kompetensi bidang kesehatan terakreditasi		30%	45%	60%	80%	95%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Mutu SDMK
	IKK 17.3.4 Persentase SDMK yang mendapatkan		15%	20%	25%	30%	35%					Direktorat Jenderal SDMK -

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Program/ Kegiatan	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator	Lokasi	Target					Alokasi (dalam juta rupiah)				Unit Organisasi Pelaksana
			2025	2026	2027	2028	2029	2026	2027	2028	2029	
	pelatihan bidang kesehatan											Direktorat Mutu SDMK
Sasaran Kegiatan: Terlaksananya Penyediaan dan Peningkatan Kualifikasi SDMK												
	IKK 17.3.5 Jumlah Peserta Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis Rumah Sakit		38 peserta	48 Peserta	96 Peserta	144 Peserta	216 Peserta					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Penyediaan SDMK
	IKK 17.3.6 Persentase Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan yang Menerima Beasiswa Pendidikan dengan Penempatan Sesuai Kebutuhan		91%	93%	95%	97%	99%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Penyediaan SDMK
	IKK 17.3.7 Persentase Peserta Didik Poltekkes Kemenkes yang Lulus Uji Kompetensi		93%	94%	95%	96%	97%					Direktorat Jenderal SDMK - Direktorat Penyediaan SDMK

2. Matriks Indikator, Definisi Operasional, Cara Perhitungan, Sumber Data, Penanggung Jawab Direktorat Jenderal SDMK 2025-2029.

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
ISS 17 Tingkat kepuasan pasien di fasilitas kesehatan	Mengukur tingkat kepuasan Masyarakat dalam bentuk feedback dan survey terhadap pelayanan Kesehatan oleh puskesmas dan fasilitas Kesehatan lanjutan (Rumah Sakit dan Klinik Utama)	Total nilai persepsi seluruh responden dibagi Total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 100%	Survei	Ditjen Kesehatan Primer dan Komunitas
IKP 17.3 Persentase Named Nakes yang ditingkatkan mutunya	Persentase SDMK yang ditingkatkan mutunya melalui Pendidikan, pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi lainnya	Jumlah SDMK yang ditingkatkan mutunya melalui Pendidikan, pelatihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi lainnya /Total tenaga medis	Sistem informasi pembelajaran digital	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
		dan Kesehatan yang tedaftar di system informasi Kesehatan dikali 100%		
IKK 17.3.1 Persentase Serapan Lulusan Poltekkes Kemenkes yang Diterima Bekerja di Sektor Kesehatan	Perbandingan jumlah lulusan Poltekkes Kemenkes T-1 yang bekerja di sektor kesehatan (faskes pemerintah, swasta, TNI/POLRI, dan/atau sesuai bidangnya, serta magang) dengan total jumlah lulusan Poltekkes Kemenkes T-1 yang mengisi data penelusuran (tracer study), tidak termasuk lulusan yang melanjutkan pendidikan	Jumlah lulusan Poltekkes Kemenkes T-1 yang bekerja di sektor kesehatan (faskes pemerintah, swasta, TNI/POLRI, dan/atau sesuai bidangnya) dibagi dengan total jumlah lulusan Poltekkes Kemenkes T-1 yang mengisi data penelusuran (tracer study), tidak termasuk lulusan yang melanjutkan pendidikan dikali 100%	Data rutin program	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Penyediaan SDMK
IKK 17.3.2 Persentase tenaga medis internsip yang telah menyelesaikan	Persentase tenaga medis internsip yang telah menyelesaikan	Jumlah tenaga medis internsip yang memenuhi target	1. KIKI (Komite Internsip Kedokteran Indonesia) □ perkiraan jumlah lulusan FK	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan – Dit

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
yang mahir dan mandiri dalam menjalankan praktik keprofesian	penugasan internsipnya dengan memenuhi target kinerja	kinerja pada akhir penugasan dibagi jumlah internsip yang ditempatkan pada awal penugasan dalam satu periode yang sama dikali 100% (target per tahun)	dan FKG yang akan mengikuti program internsip per periode (4 bulanan: Feb, Mei, Agustus dan November) melalui penyampaian surat ke Ditjen SDMK SK peserta PIDI dan PIDGI yang bertugas (SK Awal) dan SK peserta PIDI dan PIDGI yang telah menyelesaikan penugasan internsip (SK Akhir) yang di tandatangani Dirjen SDMK	Pendayagunaan SDMK
IKK 17.3.3 Persentase kab/kota yang memiliki institusi penyelenggara pelatihan dan/atau peningkatan kompetensi bidang kesehatan terakreditasi	Perbandingan jumlah kabupaten/kota yang telah memiliki Institusi Pelatihan terakreditasi Kemenkes dengan jumlah total kabupaten/kota di Indonesia	Jumlah kumulatif kabupaten/kota yang telah memiliki Institusi Pelatihan Terakreditasi Kemenkes dibandingkan dengan jumlah total kabupaten/kota di Indonesia dikali 100%.	Data Sistem Informasi Akreditasi Institusi Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Mutu SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
IKK 17.3.4 Percentase SDMK yang mendapatkan pelatihan bidang kesehatan (indikator RPJMN)	<p>Proporsi SDMK (tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga penunjang kesehatan) yang terdaftar dalam sistem informasi SDMK yang mengikuti dan menyelesaikan pelatihan, workshop, dan hands on bidang kesehatan (kumulatif)</p> <p>“Proporsi SDMK (tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga penunjang kesehatan) yang terdaftar dalam Satu Sehat SDMK yang mengikuti dan menyelesaikan pelatihan bidang kesehatan (kumulatif)”</p>	<p>Jumlah SDMK (tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga penunjang kesehatan) yang terdaftar dalam sistem informasi SDMK yang mengikuti dan telah menyelesaikan pelatihan dibagi dengan total SDMK teregistrasi pada sistem informasi SDMK.</p> <p>“.....teregistrasi pada sistem Satu Sehat SDMK.”</p>	Data rutin program	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Mutu SDMK
IKK 17.3.5 Jumlah Peserta Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis Rumah Sakit	Peserta pendidikan dokter spesialis berbasis Rumah Sakit pada Rumah Sakit Pendidikan	Menghitung jumlah Peserta pendidikan dokter spesialis berbasis Rumah Sakit pada Rumah Sakit Pendidikan	SK Penetapan Peserta Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis Rumah Sakit pada Rumah Sakit Pendidikan	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Penyediaan SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	Penyelenggara Utama (RSP-PU)	Pendidikan Penyelenggara Utama (RSP-PU)	Penyelenggara Utama (RSP-PU)	
IKK 17.3.6 Percentase Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan yang Menerima Beasiswa Pendidikan dengan Penempatan Sesuai Kebutuhan	Perbandingan jumlah penerima beasiswa yang telah menyelesaikan pendidikan dan internsip (khusus dokter dan dokter gigi) pada T-1 serta ditempatkan sesuai kebutuhan dibandingkan dengan jumlah penerima beasiswa yang telah menyelesaikan pendidikan dan internsip T-1	Perbandingan jumlah penerima beasiswa yang telah menyelesaikan pendidikan dan internsip (khusus dokter dan dokter gigi) pada T-1 serta ditempatkan sesuai kebutuhan dibandingkan dibagi dengan jumlah penerima beasiswa yang telah menyelesaikan pendidikan dan internsip T-1 dikali 100%	SK Penghentian peserta beasiswa	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Penyediaan SDMK
IKK 17.3.7 Percentase Peserta Didik Poltekkes Kemenkes yang lulus Uji Kompetensi dengan total	Perbandingan jumlah mahasiswa Poltekkes Kemenkes yang lulus Uji Kompetensi dibagi	Jumlah mahasiswa Poltekkes Kemenkes yang lulus Uji Kompetensi dibagi	Data dari: 1. Komite Nasional Uji Kompetensi Kemendiktisaintek	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Penyediaan SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
Lulus Uji Kompetensi	jumlah mahasiswa Poltekkes Kemenkes yang mengikuti Uji Kompetensi pada tahun berjalan	dengan total jumlah mahasiswa Poltekkes Kemenkes yang mengikuti Uji Kompetensi dikali 100%	2. Kolegium Panitia Nasional Uji Kompetensi (PNUK) Kemenkes dan Kemendikbud	
ISS 20 Rasio Nakes dan Named terhadap populasi	Jumlah Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan (dokter, perawat, bidan) yang tersedia terhadap jumlah penduduk	Jumlah Named dan Nakes (dokter, perawat, bidan) yang terdata dibagi total populasi dikali 1.000	Data rutin program, Data BPS Data	
IKP 20.1 Persentase puskesmas dengan SDMK sesuai standar (indikator RPJMN)	Proporsi Puskesmas teregistrasi dan laik operasional yang memenuhi standar minimal jenis dan jumlah SDMK berdasarkan lingkup pelayanan fasyankes (rawat inap dan non-rawat inap) dan klasifikasi wilayah (perkotaan dan non-perkotaan) untuk RPJMN 2025-2029. Kriteria Puskesmas dengan	Kategori lingkup pelayanan fasyankes dan klasifikasi wilayah yang memenuhi standar kriteria yang ditentukan dibagi total puskesmas teregistrasi dan laik operasional pada tahun baseline lalu dikalikan 100% “Jumlah Puskesmas sesuai kategori tingkatan fasyankes	Data Program, Kemenkes	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Pendayagunaan SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	<p>SDMK memenuhi standar: Puskesmas Non-Rawat Inap: minimal terdapat masing-masing 1 dokter Sp.KKLP/dokter umum, dokter gigi/terapis gigi dan mulut, perawat, bidan, tenaga ahli gizi, tenaga ahli kesehatan masyarakat/kesehatan lingkungan, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha Puskesmas Rawat Inap wilayah perkotaan: minimal terdapat 3 dokter Sp.KKLP/dokter umum, perawat, dan bidan; serta minimal terdapat 1 dokter gigi, apoteker/tenaga kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga ahli gizi, tenaga ahli promosi</p>	<p>dan karakteristik yang memenuhi standar kriteria yang ditentukan, dibagi total Puskesmas teregistrasi dan operasional pada tahun baseline, lalu dikalikan 100%”</p> <p>Jumlah Puskesmas teregistrasi dan laik operasional sesuai kategori lingkup pelayanan fasyankes dan klasifikasi wilayah yang memenuhi standar kriteria yang ditentukan, dibagi total Puskesmas teregistrasi dan laik operasional pada tahun baseline, lalu dikalikan 100%</p>		

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	kesehatan, tenaga ahli kesehatan lingkungan, terapis gigi mulut, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha Puskesmas Rawat Inap wilayah non-perkotaan (pedesaan, terpencil, sangat terpencil): minimal terdapat 2 dokter Sp.KKLP/dokter umum, perawat, dan bidan; serta minimal terdapat 1 dokter gigi/terapis gigi mulut, apoteker/tenaga kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga ahli gizi, tenaga ahli promosi kesehatan, tenaga ahli kesehatan lingkungan, tenaga teknologi informasi/rekam medik,			

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	tenaga keuangan/tata usaha			
IKK 20.1.1 Persentase dokumen perencanaan kebutuhan per jenis named nakes berdasarkan wilayah yang telah disusun hingga level Kab/Kota yang dikomunikasikan kepada lintas sektor terkait (Kemendikti Saintek dan Kemendagri untuk perencanaan kuota prodi)	Persentase dokumen perencanaan kebutuhan per jenis named nakes berdasarkan wilayah yang telah disusun hingga level Kab/Kota yang dikomunikasikan kepada lintas sektor terkait dibagi total jumlah dokumen perencanaan named nakes berdasarkan wilayah yang telah disusun dikali 100%	Jumlah dokumen perencanaan kebutuhan per jenis Named Nakes berdasarkan wilayah hingga level Kab/kota yang dikomunikasikan kepada lintas sektor terkait dibagi total jumlah dokumen perencanaan named nakes berdasarkan wilayah yang telah disusun dikali 100%	Dari dokumen perencanaan SDMK berbasis wilayah yang ada di Kab/kota serta data dari Sistem Informasi SDMK	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan – Dit Perencanaan SDMK
IKK 20.1.2 Persentase Kab/Kota dengan pemutakhiran penghitungan kebutuhan SDMK sesuai standar pada Puskesmas dan Labkesmas Tier II yang terdapat di wilayah kab/kota tersebut dan	Persentase Kab/Kota yang melakukan pemutakhiran penghitungan kebutuhan SDMK sesuai standar pada Puskesmas dan Labkesmas Tier II yang terdapat di wilayah kab/kota tersebut dan	Jumlah Kab/Kota yang melakukan pemutakhiran penghitungan kebutuhan SDMK sesuai standar pada Puskesmas dan Labkesmas Tier II	Dokumen Perencanaan SDMK berbasis faskes tk I	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan – Dit Perencanaan SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	mengkomunikasikan hasil pemutakhirannya kepada seluruh OPD terkait di Pemerintah Daerah (Setda, BKD/BKPSDM/BKPP, Bappeda, BPKAD, DPMPTSP)	yang terdapat di wilayah kab/kota tersebut dan mengkomunikasikan hasil pemutakhirannya kepada seluruh OPD terkait di Pemerintah Daerah (Setda, BKD/BKPSDM/BKPP, Bappeda, BPKAD, DPMPTSP) dibagi jumlah kab/kota di seluruh Indonesia dikalikan 100 %		
IKK 20.1.3 Jumlah kab/kota dengan SDMK Puskesmas sesuai standar (indikator RPJMN)	Total kabupaten/kota dengan minimal 90% Puskesmas memenuhi jenis dan jumlah SDMK sesuai standar kriteria. Kriteria Puskesmas dengan SDMK memenuhi standar:	Jumlah kab/kota dengan proporsi puskemas memiliki SDM sesuai standar terhadap puskesmas pada tahun baseline lebih dari 90%	Data rutin program, Data ketenagaan pada sistem informasi SDMK	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Pendayagunaan SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	<p>5. Puskesmas Non-Rawat Inap: minimal terdapat masing-masing 1 dokter Sp.KKLP/dokter umum, dokter gigi/terapis gigi dan mulut, perawat, bidan, tenaga ahli gizi, tenaga ahli kesehatan masyarakat/kesehatan lingkungan, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha.</p> <p>6. Puskesmas Rawat Inap wilayah perkotaan: minimal terdapat 3 dokter Sp.KKLP/dokter umum, perawat, dan bidan; serta minimal terdapat 1 dokter gigi, apoteker/tenaga</p>			

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga ahli gizi, tenaga ahli promosi kesehatan, tenaga ahli kesehatan lingkungan, terapis gigi mulut, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha 7. Puskesmas Rawat Inap wilayah non-perkotaan (pedesaan, terpencil, sangat terpencil): minimal terdapat 2 dokter Sp.KKLP/dokter umum, perawat, dan bidan; serta minimal terdapat 1 dokter gigi/terapis gigi mulut, apoteker/tenaga kefarmasian, ahli teknologi laboratorium			

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	medik, tenaga ahli gizi, tenaga ahli promosi kesehatan, tenaga ahli kesehatan lingkungan, tenaga teknologi informasi/rekam medik, tenaga keuangan/tata usaha. “Total kabupaten/kota dengan minimal 90% Puskesmas memenuhi jenis SDM (ALT. named-nakes) Kesehatan sesuai standar kriteria”			
IKP 20.2 Percentase RS Pemerintah dengan Dokter Spesialis sesuai standar (indikator RPJMN)	Percentase RS milik Pemerintah Pusat dan Daerah teregistrasi dan laik operasional yang memenuhi standar minimal 7 jenis dokter spesialis (Sp.A, Sp.B, Sp.OG, Sp.PD, Sp.An, Sp.Rad, Sp.PK) dan minimal 1 jenis dokter spesialis layanan	Jumlah RS teregistrasi dan laik operasional memenuhi standar kriteria yang ditentukan, dibagi total RS teregistrasi dan laik operasional pada tahun baseline, lalu dikalikan 100%.	Data Program, Data Perencanaan dan Kebutuhan SDMK, data SI SDMK (Kemenkes)	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Pendayagunaan SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	unggulan tambahan sesuai dengan jenis pelayanan unggulan pada RS pengampu Pelayanan KJSU-KIA.			
20.2.1 Persentase Kab/Kota dengan pemutakhiran dokumen perencanaan kebutuhan SDMK di Rumah Sakit	Persentase Kab/Kota yang melakukan pemutakhiran penghitungan kebutuhan SDMK RSUD dan RS Layanan KJSU KIA yang terdapat di wilayah kab/kota tersebut dan mengkomunikasikan hasil pemutakhirannya kepada seluruh OPD terkait di Pemerintah Daerah (Setda, BKD/BKPSDM/BKPP, Bappeda, BPKAD, DPMPTSP)	Jumlah Kab/Kota yang melakukan pemutakhiran penghitungan kebutuhan SDMK sesuai standar pada RSUD dan RS Layanan KJSU KIA yang terdapat di wilayah kab/kota tersebut dan mengkomunikasikan hasil pemutakhirannya kepada seluruh OPD terkait di Pemerintah Daerah (Setda, BKD/BKPSDM/BKPP, Bappeda, BPKAD, DPMPTSP) dibagi	Dokumen perencanaan SDMK berbasis fasyankes lanjutan (RSUD dan RS layanan KJSU KIA) yang disusun secara berjenjang dan dikoordinasikan dengan dinkes provinsi/kab/kota (data perhitungan rencana kebutuhan) serta data dari Sistem Informasi SDMK (data akan disandingkan untuk melihat gap antara existing dengan kebutuhan)	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan – Dit Perencanaan SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
		jumlah kab/kota di seluruh Indonesia dikalikan 100 %		
IKK 20.2.2 Rasio dokter spesialis (indikator RPJMN)	Proporsi dokter spesialis teregistrasi per 1000 penduduk	Jumlah dokter spesialis teregistrasi dan aktif dibagi dengan total penduduk pada periode perhitungan, lalu dikalikan 1000	Data Program, Data BPS	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Set Konsil Kesehatan Indonesia, Kolegium Kesehatan Indonesia dan Majelis Disiplin Profesi
IKK. 20.2.3 Jumlah kab/kota dengan jenis dokter spesialis pada RS sesuai standar (indikator RPJMN)	Total kabupaten/kota dengan seluruh RS milik Pemerintah pada wilayah tersebut memenuhi jenis dokter spesialis sesuai standar berdasarkan kategori pelayanan (non lokus, dan lokus pelayanan unggulan KJSU KIA). Standar Spesialis pada RS non-lokus: 7 jenis dokter spesialis (Sp.A,	Jumlah kab/kota dengan proporsi RS memiliki dokter spesialis sesuai standar terhadap RS pada tahun baseline lalu dikalikan 100%	Data Program, data ketenagaan SI SDMK (Kemenkes)	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan- - Dit Pendayagunaan SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	Sp.B, Sp.OG, Sp.PD, SP.An, Sp.Rad, Sp.PK) dan minimal 1 jenis dokter spesialis layanan unggulan tambahan sesuai dengan jenis pelayanan unggulan pada RS pengampu pelayanan KJSU-KIA.			
IKK 20.2.4 Percentase standar profesi dan standar kompetensi yang disusun sesuai kebutuhan	Percentase rancangan/draft final standar profesi dan standar kompetensi yang disusun sesuai kebutuhan pada tahun berjalan	Numerator (x) Jumlah rancangan/draft final standar profesi dan standar kompetensi yang disusun Denominator (Y) Jumlah total rancangan/draft final standar profesi dan standar kompetensi yang dibutuhkan Formula: $(x/y) \times 100\%$	Data KKI (Data rutin program)	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Set Konsil Kesehatan Indonesia, Kolegium Kesehatan Indonesia dan Majelis Disiplin Profesi
IKK 20.2.5 Percentase STR Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan	Percentase STR Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang diterbitkan Tepat Waktu	Numerator(x) Jumlah penerbitan STR Tenaga Medis dan	aplikasi E-STR	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Set Konsil Kesehatan

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
yang diterbitkan sesuai janji layanan	Sesuai Janji Layanan setiap tahun	Tenaga Kesehatan yang diterbitkan Denominator (Y) Jumlah seluruh STR Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang terverifikasi Formula : $(x/y) \times 100\%$		Indonesia, Kolegium Kesehatan Indonesia dan Majelis Disiplin Profesi
IKK 20.2.6 Percentase Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI lulusan luar negeri yang didayagunakan di fasyankes sesuai kebutuhan	Percentase named nakes WNI lulusan Luar negeri yang ditempatkan di fasyankes dan dinyatakan kompeten dan atau mengikuti penambahan kompetensi di fasyankes terhadap total named dan nakes WNI lulusan luar negeri yang mengajukan evaluasi kompetensi	Percentase Jumlah named nakes WNI lulusan Luar negeri yang ditempatkan difasyankes dan dinyatakan kompeten dan atau mengikuti penambahan kompetensi di fasyankes dibagi total named dan nakes WNI lulusan luar negeri yang mengajukan penilaian evaluasi kompetensi dikali 100%	- Komite Bersama Adaptasi (Kombersi) - Sertifikat kompetensi dari Kolegium dan SK Penempatan Dirjen SDMK pertahun	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Pendayagunaan SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
IKK 20.2.7 Percentase Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNA lulusan luar negeri yang didayagunakan di fasyankes sesuai kebutuhan	Percentase named nakes WNA lulusan Luar negeri yang dinyatakan kompeten dan ditempatkan di fasyankes pengguna yang mengajukan kebutuhan terhadap total named dan nakes WNA lulusan luar negeri yang mengajukan evaluasi kompetensi	Jumlah named dan nakes WNA lulusan luar negeri yang dinyatakan kompeten dan ditempatkan di fasyankes dibagi total named dan nakes WNA lulusan luar negeri yang mengajukan penilaian evaluasi kompetensi dikali 100%	- Komite Bersama Adaptasi (Kombersi) - Sub komite Evaluasi Khusus - Sertifikat kompetensi dari Kolegium, STR dan SIP, dan atau Persetujuan Menteri Kesehatan	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Pendayagunaan SDMK
IKK 20.2.8 Percentase Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang didayagunakan ke luar negeri	Percentase named nakes yang didayagunakan ke luar negeri dalam rangka kegiatan peningkatan kompetensi dan penempatan sebagai pekerja migran Indonesia di bidang kesehatan dalam tahun berjalan	Jumlah named nakes yang telah memenuhi syarat keberangkatan ke luar negeri dibagi jumlah yang mengikuti program penyiapan ke luar negeri melalui fasilitasi pemerintah dalam tahun berjalan dikali 100%	Sistem Komputerisasi perlindungan pekerja Migran Indonesia (Sisko P2MI) dan surat permintaan (<i>demand letter</i>) dari Kedutaan Besar/P2MI	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Pendayagunaan SDMK
20.3 Tingkat Retensi Named dan Nakes	Tingkat retensi Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang berstatus	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang	data SISDMK	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
	aparatur sipil negara (ASN) di fasyankes pemerintah di DTPK selama periode waktu per tipe daerah selama 2 tahun	berstatus ASN di DTPK selama minimal jumlah tahun yang ditetapkan per tipe DTPK dibagi total Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang berstatus ASN di fasyankes Pemerintah di DTPK pada tahun baseline dikali 100%		
IKK 20.3.1 Percentase provinsi/kabupaten/kota yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap SDMK sesuai standar	Percentase pemerintah daerah Provinsi/Kab/kota yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap SDMK sesuai standar.	Jumlah pemerintah daerah Provinsi/Kab/kota yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap SDMK sesuai standar dibagi seluruh kab/kota/provinsi dikali 100%	data SISDMK	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Binwas SDMK
IKK 20.3.2 Percentase Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang	Jumlah Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menerima tunjangan khusus di DTPK, Daerah	Jumlah Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menerima tunjangan	data SISDMK	Ditjen Sumber Daya Manusia Kesehatan - Dit Binwas SDMK

Blueprint
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)
Tahun 2025-2029

Indikator	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
diberikan tunjangan khusus di DTPK, daerah bermasalah kesehatan, dan daerah tidak diminati	Bermasalah Kesehatan, dan Daerah Tidak Diminati dibandingkan dengan jumlah Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang seharusnya mendapat tunjangan khusus sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan yang telah ditetapkan	khusus di DTPK, Daerah Bermasalah Kesehatan, dan Daerah tidak diminati dibandingkan dengan jumlah Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang seharusnya mendapat tunjangan khusus sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan dikali 100%		

5. RENCANA MONITORING & EVALUASI

Monitoring dan Evaluasi (Monev) merupakan elemen kunci dalam siklus manajemen program yang berfungsi untuk memastikan efektivitas, efisiensi, dan akuntabilitas pelaksanaan kebijakan serta kegiatan di bidang pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK). Monev memiliki peran strategis sebagai mekanisme pengendalian internal untuk memastikan bahwa seluruh program dan kegiatan yang tertuang dalam *blueprint* ini berjalan sesuai rencana, tepat sasaran, dan mampu memberikan dampak yang terukur terhadap pembangunan kesehatan nasional.

Dalam konteks pengelolaan SDMK tahun 2025–2029, monitoring dan evaluasi tidak hanya berfungsi sebagai alat pelaporan kinerja, tetapi juga sebagai sistem pembelajaran berkelanjutan (*continuous learning system*) untuk memperbaiki kebijakan, menyusun strategi adaptif, serta mengidentifikasi praktik baik yang dapat direplikasi. Pelaksanaan Monev diarahkan untuk mendukung pencapaian *Indeks SDMK (ISS)* sebagai indikator strategis sektor kesehatan, serta *Indikator Kinerja Kementerian (IKK)* dan *Indikator Kinerja Program (IKP)* yang ditetapkan dalam dokumen perencanaan pembangunan nasional dan Renstra Kemenkes.

Monitoring dan evaluasi dirancang untuk memberikan dasar evidensial yang kuat bagi pengambilan kebijakan dan pengelolaan program SDMK secara adaptif. Tujuan utama dari Monev dalam pelaksanaan *blueprint* ini adalah:

- 1. Memastikan kesesuaian pelaksanaan program dengan rencana kerja dan jadwal yang telah ditetapkan**, baik pada tingkat program, kegiatan, KRO, maupun RO.

2. **Mengidentifikasi secara dini hambatan, risiko, dan deviasi terhadap pelaksanaan**, sehingga dapat diambil langkah korektif dengan cepat dan tepat.
3. **Mengukur pencapaian output dan outcome program** secara objektif berdasarkan indikator yang telah ditetapkan, termasuk indikator prioritas nasional seperti ISS, IKK, dan IKP.
4. **Menyediakan dasar pertimbangan untuk pengambilan keputusan kebijakan**, penyesuaian strategi pelaksanaan, dan penyusunan perencanaan tahun berikutnya.
5. **Mendorong transparansi, akuntabilitas, dan perbaikan berkelanjutan** dalam pengelolaan SDMK melalui pelibatan lintas unit dan pemangku kepentingan.

Monev dalam *blueprint* ini mencakup tiga ruang lingkup utama:

Pemantauan Pelaksanaan Kegiatan

Pemantauan dilakukan untuk memastikan bahwa kegiatan operasional di lapangan sesuai dengan perencanaan teknis dan target waktu pelaksanaan. Fokus pemantauan meliputi:

- a. Pelaksanaan program, kegiatan, KRO dan RO di seluruh unit kerja.
- b. Penggunaan sumber daya (anggaran, SDM, sarana-prasarana) sesuai alokasi dan standar efisiensi.
- c. Pelaksanaan program prioritas nasional seperti transformasi layanan primer, penguatan distribusi tenaga kesehatan, dan reformasi pendidikan kesehatan.

Pengukuran Output dan Outcome

Evaluasi difokuskan pada capaian indikator kinerja dan dampak program terhadap peningkatan mutu dan akses SDMK. Cakupannya antara lain:

- d. Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) unit kerja di lingkungan Ditjen SDMK.

- e. Kontribusi terhadap **Indeks SDMK (ISS)**, termasuk ketersediaan tenaga kesehatan per 1.000 penduduk, proporsi tenaga kesehatan di DTPK, dan peningkatan jumlah tenaga kesehatan tersertifikasi.
- f. Evaluasi atas **efektivitas program penugasan khusus, redistribusi tenaga, pelatihan kompetensi, serta integrasi data SDMK**.

Aspek Administratif dan Pelaporan

Mencakup kepatuhan terhadap prosedur administratif dan kelengkapan dokumen sebagai bagian dari mekanisme akuntabilitas internal dan eksternal:

- g. Kelengkapan dokumen pelaksanaan dan pelaporan kegiatan (TOR, laporan teknis, SPJ, dan lainnya).
- h. Kepatuhan terhadap standar pelaporan kinerja berbasis SAKIP dan e-Monev.

Untuk memastikan implementasi *blueprint* berjalan secara sistematis dan terpantau dengan baik, Direktorat Jenderal SDMK telah menyusun rencana kegiatan Monev yang dilaksanakan secara **triwulanan, semesteran, dan tahunan**, dengan cakupan kegiatan sebagai berikut:

1. Rekonsiliasi Kinerja Triwulanan

Evaluasi berkala terhadap pelaksanaan program dan kegiatan di seluruh unit kerja Ditjen SDMK, termasuk realisasi anggaran dan output.

2. Koordinasi dan Sinkronisasi Evaluasi Program SDMK

Dilakukan bersama lintas direktorat, lintas sektor, serta mitra terkait untuk menjamin sinergi antarprogram dan keselarasan capaian.

3. Pertemuan Umpan Balik Semesteran

Forum internal Ditjen SDMK untuk menyampaikan capaian indikator kinerja, membahas kendala, serta menyusun rencana tindak lanjut bersama unit pelaksana.

4. Reviu Implementasi Transformasi Kesehatan (Opsional)

Dilaksanakan untuk menilai sejauh mana pelaksanaan kebijakan transformasi berdampak terhadap penguatan SDMK di lapangan.

5. Konsolidasi Penyusunan Laporan Kinerja Tahunan

Disusun dalam rangka pelaporan rutin kepada Kementerian Kesehatan dan instansi pengawasan, mencakup evaluasi capaian IKU, IKK, dan IKP.

6. Konsolidasi SAKIP Ongoing

Evaluasi akuntabilitas kinerja secara menyeluruh sesuai dengan mekanisme Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

Melalui mekanisme monitoring dan evaluasi yang sistematis, integratif, dan berbasis data, pelaksanaan *Blueprint Pengelolaan SDMK 2025–2029* diharapkan dapat berjalan lebih adaptif, transparan, dan akuntabel. Lebih jauh, Monev tidak hanya menjadi alat pengawasan, tetapi juga sebagai fondasi bagi peningkatan kualitas kebijakan, pengambilan keputusan berbasis bukti, serta pencapaian tujuan pembangunan kesehatan nasional secara berkelanjutan.

6. PENUTUP

Blueprint Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) Tahun 2025–2029 disusun sebagai panduan strategis nasional untuk memastikan tersedianya SDMK yang kompeten, merata, dan berdaya saing guna mendukung terwujudnya transformasi sistem kesehatan yang tangguh, inklusif, dan berkeadilan. Dokumen ini memuat arah kebijakan, pilar strategis, peta jalan, serta sistem pemantauan dan evaluasi yang dibutuhkan untuk mengakselerasi perbaikan tata kelola SDMK dalam menghadapi tantangan global, perkembangan teknologi, serta kebutuhan layanan kesehatan yang terus berkembang.

Blueprint ini tidak hanya menjadi dokumen perencanaan, tetapi juga berperan sebagai instrumen navigasi bagi seluruh pemangku kepentingan di pusat dan daerah dalam melakukan penyesuaian kebijakan, pengambilan keputusan berbasis data, serta penguatan sistem SDMK yang lebih adaptif dan responsif. Keberhasilan implementasi *blueprint* ini sangat bergantung pada komitmen kolaboratif antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, institusi pendidikan, organisasi profesi, fasilitas pelayanan kesehatan, dunia usaha, serta mitra pembangunan.

Diperlukan sinergi antarpihak untuk memastikan bahwa arah transformasi SDMK yang tertuang dalam *blueprint* ini dapat dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan. Pemanfaatan teknologi digital, penguatan regulasi, pengembangan kapasitas kelembagaan, serta pemantauan dan evaluasi yang transparan menjadi kunci untuk menjamin keberhasilan implementasi.

Akhirnya, melalui *blueprint* ini diharapkan Indonesia dapat membangun fondasi SDMK yang kokoh dan adaptif, yang mampu

mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya serta berkontribusi nyata terhadap pencapaian target pembangunan nasional dan global, termasuk Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs).



Kementerian
Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan



Blueprint

PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN (SDMK)

Tahun 2025–2029