

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

1.1.1. Kondisi Kesehatan Indonesia

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

Kesehatan merupakan sebuah indikasi yang dilihat oleh sebuah negara apakah negara tersebut dapat dikatakan sejahtera atau tidak, dengan melihat dari indikasi kesehatan masyarakatnya. Sehat tidaknya masyarakat di suatu negara dipengaruhi oleh beberapa faktor, mulai dari pendidikan, pendapatan, tingkat pengetahuan dan angka kelahiran. Badan kesehatan di dunia (WHO) merilis daftar negara berdasarkan tingkat kesehatan dunia ternyata didapatkan bahwa Indonesia memiliki peringkat ke 90 dari beberapa negara lainnya. Hal tersebut berdasarkan peringkat taraf kesehatan penduduk.

Berdasarkan riset yang dilakukan oleh sebuah lembaga riset bernama *The Indonesia Institute* (2015) mengatakan bahwa ada tiga masalah besar dalam bidang kesehatan, yang pertama adalah masalah infrastruktur yang belum merata dan kurang memadai karena dari sekitar 9.599 puskesmas dan 2.184 rumah sakit yang ada di Indonesia, sebagian besar berpusat di kota-kota besar. Masalah kedua adalah penyebaran dan pendistribusian tenaga kesehatan yang tidak merata,

kemudian masalah ketiga adalah masalah pendanaan. Pada tahun 2014 pemerintah mengalokasikan dana sebesar 2% dari APBN untuk bidang kesehatan. Sedangkan undang-undang kesehatan nomor 36/2009 mengamankan dana kesehatan sebesar 5% dari APBN.

Berdasarkan peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 56 Tahun 2015 tentang kode dan data wilayah administrasi pemerintahan, secara administratif wilayah Indonesia terbagi atas 34 provinsi, 514 kabupaten/kota (416 kabupaten dan 98 kota), 7.160 kecamatan, 8.430 kelurahan dan 74.754 desa. Jumlah provinsi bertambah satu dari tahun 2013, yaitu Provinsi Kalimantan Utara. Provinsi Kalimantan Utara merupakan pemekaran dari Provinsi Kalimantan Timur, dengan 5 kabupaten/kota yaitu Kabupaten Maliau., Bulungan, Tana Tidung, Nunukan dan Kota Tarakan.

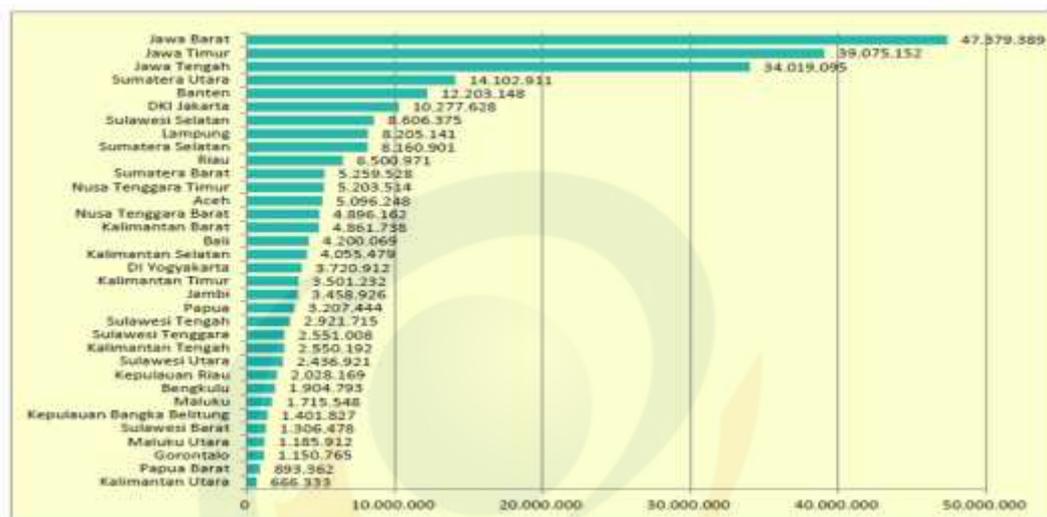
Hasil estimasi jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2016 sebesar 258.704.986 jiwa, yang terdiri atas 129.988.690 jiwa penduduk laki-laki dan 128.716.296 jiwa penduduk perempuan. Angka tersebut merupakan hasil perhitungan yang dilakukan oleh pusat data dan informasi kementerian kesehatan dengan bimbingan dari Badan Pusat Statistik (BPS) dengan menggunakan metode geometrik. Metode ini menggunakan prinsip bahwa parameter dasar demografi yaitu parameter fertilitas, mortalitas, dan migrasi pertahun tumbuh konstan.



Gambar 1.1 Jumlah Penduduk Indonesia (dalam jutaan) menurut Jenis Kelamin Tahun 2012-2016

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2010, Hasil Sensus Penduduk; Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2016, Hasil Estimasi Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan Tahun 2015-2019 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

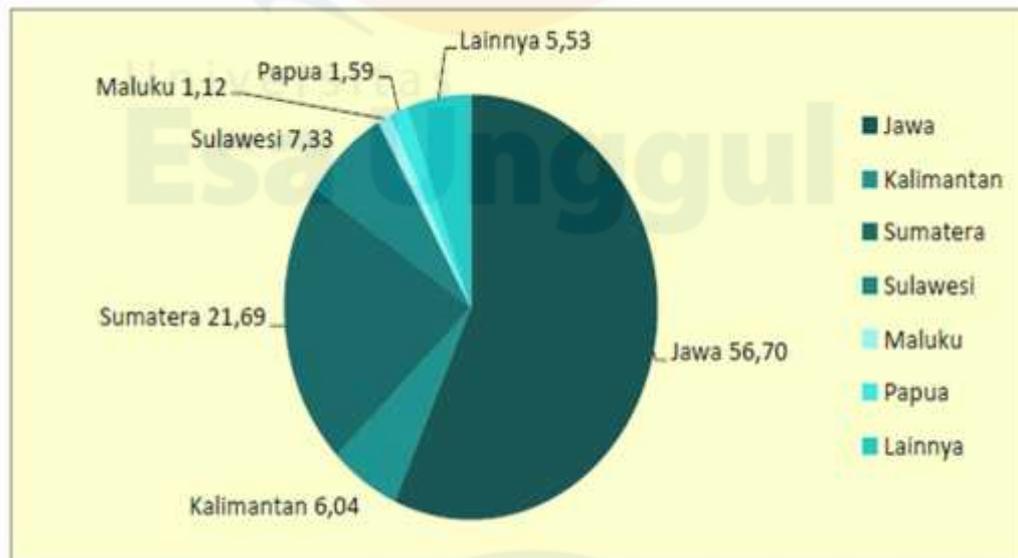
Pada gambar 1.1 memperhatikan peningkatan jumlah penduduk di Indonesia tahun 2012 hingga 2016. Dari tahun 2012-2014 pertumbuhan penduduk per tahun terus meningkat, dari 3,59 juta per tahun menjadi 3,70 juta per tahun. Tahun 2016 pertumbuhan penduduk sedikit menurun dari tahun 2015 menjadi 3,24 juta per tahun. Rasio jenis kelamin pada tahun 2016 adalah 101, yang artinya terdapat 101 laki-laki diantara 100 perempuan.



Gambar 1.2 Jumlah Penduduk Indonesia (dalam jutaan) menurut Provinsi Tahun 2016

Sumber: Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2016, Hasil Estimasi Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan Tahun 2015-2019 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

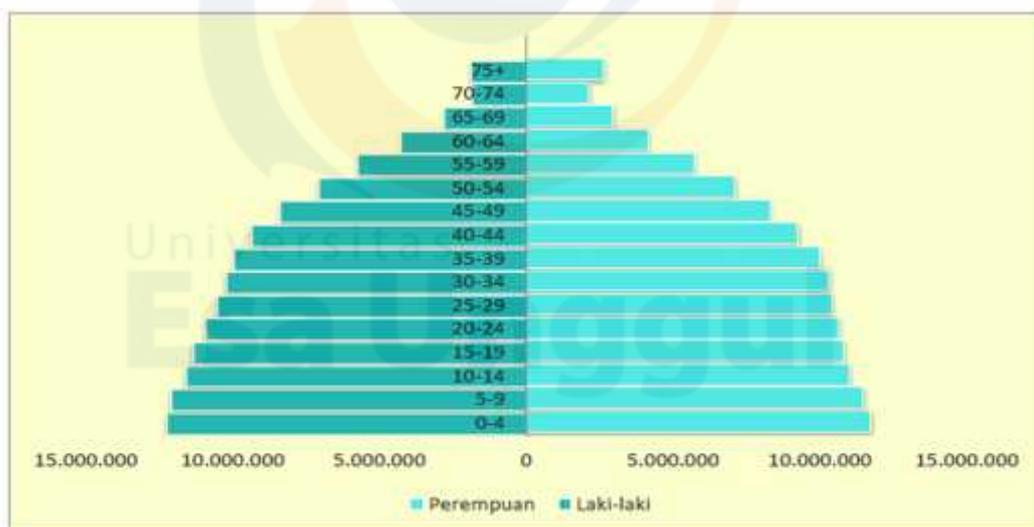
Pada gambar 1.2, berdasarkan hasil estimasi, jumlah penduduk paling banyak di Indonesia terdapat di Provinsi Jawa Barat dengan jumlah penduduk sebesar 47.379.389 jiwa, sedangkan jumlah penduduk sedikit terdapat di Kalimantan Utara dengan jumlah penduduk sebesar 666.333 jiwa.



Gambar 1.3 Persentase Persebaran Penduduk Indonesia Tahun 2016

Sumber: Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2016, Hasil Estimasi Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan Tahun 2015-2019 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Dari gambar 1.3 tampak pulau Jawa merupakan wilayah yang memiliki populasi penduduk Indonesia paling banyak. Penduduk yang paling sedikit berada di wilayah timur Indonesia yakni Maluku dan Papua.



Gambar 1.4 Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2016

Sumber: Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2016, Hasil Estimasi Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan Tahun 2015-2019 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Struktur umur penduduk menurut jenis kelamin dapat digambarkan dalam bentuk piramida penduduk. Berdasarkan estimasi jumlah penduduk, dapat disusun sebuah piramida penduduk tahun 2016. Dasar piramida menunjukkan jumlah penduduk, badan piramida bagian kiri menunjukkan banyaknya penduduk laki-laki dan badan piramida bagian kanan menunjukkan jumlah penduduk perempuan. Piramida tersebut merupakan gambaran struktur penduduk yang terdiri dari struktur penduduk muda, dewasa, dan tua. Struktur penduduk ini menjadi dasar bagi kebijakan kependudukan, sosial, budaya, dan ekonomi.

Pada gambar 1.4 ditunjukkan bahwa struktur penduduk di Indonesia termasuk struktur penduduk muda. Hal ini dapat diketahui dari usia 0-14 tahun (usia muda) lebih banyak jumlahnya dibandingkan usia di atasnya. Lebih melebarnya grafik pada usia muda membuktikan bahwa penduduk Indonesia memiliki struktur muda. Bagian atas yang lebih pendek pada piramida tersebut menunjukkan angka kematian yang masih tinggi pada penduduk usia tua. Kondisi ini menuntut kebijakan terhadap penduduk usia tua.

Konsentrasi penduduk disuatu wilayah dapat dipelajari dengan menggunakan ukuran kepadatan penduduk. Kepadatan penduduk menunjukkan rata-rata jumlah penduduk per 1 kilometer persegi. Semakin besar angka kepadatan penduduk menunjukkan bahwa semakin banyak penduduk yang mendiami wilayah tersebut. Rata-rata kepadatan penduduk di Indonesia tahun 2016 berdasarkan hasil estimasi sebesar 135,19 jiwa per km². Kepadatan penduduk berguna sebagai acuan dalam rangka mewujudkan pemerataan dan persebaran penduduk.



Gambar 1.5 Peta Persebaran Kepadatan Penduduk (Jiwa/Km²) di Indonesia Tahun 2016
 Sumber: Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2016, Hasil Estimasi Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan Tahun 2015-2019 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Pada gambar 1.5 terlihat bahwa kepadatan penduduk di Indonesia belum merata. Kepadatan penduduk tertinggi terdapat di Pulau Jawa yaitu Provinsi DKI Jakarta sebesar 15.478,12 jiwa per km². Kepadatan penduduk terendah terdapat di Provinsi Kalimantan Utara sebesar 8,83 jiwa per km². Kondisi ini tidak jauh berbeda dengan kondisi tahun sebelumnya. Dalam rangka pemerataan penduduk pemerintah melaksanakan beberapa cara, antara lain: Pertama, transmigrasi atau program memindahkan penduduk dari tempat yang padat ke tempat yang jarang penduduknya; Kedua, pemerataan lapangan kerja dengan mengembangkan industri, terutama untuk provinsi yang berada di luar pulau Jawa; Ketiga, pengendalian jumlah penduduk dengan menurunkan jumlah kelahiran melalui program keluarga berencana atau penundaan umur pernikahan pertama.

Indikator penting terkait distribusi penduduk menurut umur yang sering digunakan untuk mengetahui produktivitas penduduk yaitu Angka Beban Tanggungan (ABT) atau *Dependency Ratio*. Angka Beban Tanggungan (ABT) adalah angka yang menyatakan perbandingan antara banyaknya orang berumur tidak produktif (belum produktif/ umur di bawah 15 tahun dan tidak produktif lagi/umur 65 tahun ke atas) dengan yang berumur produktif (umur 15-64 tahun). Angka ini dapat digunakan sebagai indikator yang secara kasar dapat menunjukkan keadaan ekonomi suatu negara. Semakin tinggi persentase *dependency ratio* menunjukkan semakin tinggi beban yang harus ditanggung

penduduk yang produktif untuk membiayai hidup penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi. Sedangkan persentase *dependency ratio* yang semakin rendah menunjukkan semakin rendahnya beban yang ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi. Angka Beban Tanggungan penduduk Indonesia pada tahun 2016 sebesar 48,36. Hal ini berarti bahwa 100 penduduk Indonesia yang produktif, di samping menanggung dirinya sendiri, juga menanggung 48 orang yang tidak produktif.

Penduduk sebagai determinan pembangunan perlu mendapat perhatian yang serius. Program pembangunan, termasuk pembangunan di bidang kesehatan, harus didasarkan pada dinamika kependudukan. Upaya pembangunan di bidang kesehatan tercermin dalam program kesehatan melalui upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pencapaian derajat kesehatan yang optimal bukan hanya menjadi tanggung jawab dari sektor kesehatan saja, namun sektor terkait lainnya seperti sektor pendidikan, ekonomi, sosial dan pemerintahan juga memiliki peranan yang cukup besar. Kesehatan merupakan hak semua penduduk, sehingga ditetapkan target dan sasaran pembangunan kesehatan. Tabel 1.1 memperlihatkan data penduduk sasaran program pembangunan kesehatan tahun 2016 menurut jenis kelamin.

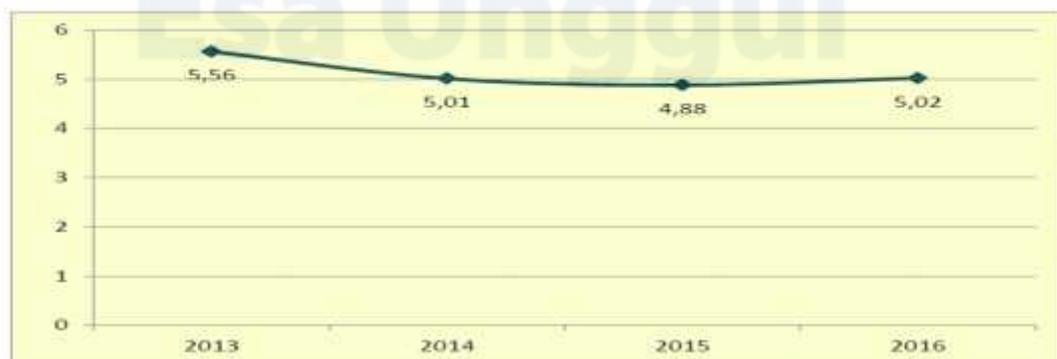
Tabel 1.1 Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan di Indonesia Tahun 2016

No.	Sasaran Program	Kelompok Umur/Formulasi	Jenis Kelamin		Jumlah
			Laki-Laki	Perempuan	
1.	Lahir Hidup	-	-	-	4,867,813
2.	Bayi	0 Tahun	2,435,848	2,334,596	4,770,444
3.	Balita (di Bawah Tiga Tahun)	0-2 Tahun	7,314,055	7,019,460	14,333,515
4.	Anak Balita	1-4 Tahun	9,785,782	9,404,084	19,189,866
5.	Balita (di Bawah Lima Tahun)	0-4 Tahun	12,221,630	11,738,680	23,960,310
6.	Pra Sekolah	5-6 Tahun	4,911,455	4,691,718	9,603,173
7.	Anak Usia Kelas 1 SD/Setingkat	7 Tahun	2,397,183	2,279,486	4,676,669
8.	Anak Usia SD/Setingkat	7-12 Tahun	14,141,268	13,433,460	27,574,728

No.	Sasaran Program	Kelompok Umur/Formulasi	Jenis Kelamin		Jumlah
			Laki-Laki	Perempuan	
9.	Penduduk Usia Muda	< 15 Tahun	35,863,014	34,233,847	70,096,861
10.	Penduduk Usia Produktif	15-64 Tahun	87,650,697	86,724,311	174,375,008
11.	Penduduk Usia Non Produktif	65 Tahun	6,474,979	7,758,138	14,233,117
12.	Penduduk Usia Lanjut	60 Tahun	10,722,224	11,908,658	22,630,882
13.	Penduduk Usia Lanjut Risiko Tinggi	70 Tahun	3,694,220	4,796,136	8,490,356
14.	Wanita Usia Subur (WUS)	15-49 Tahun	-	69,739,202	69,739,202
15.	Wanita Usia Subur Imunisasi	15-39 Tahun	-	52,172,843	52,172,843
16.	Ibu Hamil	1,1 x lahir hidup	-	5,354,594	5,354,594
17.	Ibu Bersalin/Nifas	1,05 x lahir hidup	-	5,111,204	5,111,204

Sumber: Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2016, Hasil Estimasi Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan Tahun 2015-2019 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Kondisi perekonomian merupakan salah satu aspek yang diukur dalam menentukan keberhasilan pembangunan suatu negara. Berdasarkan data BPS, besaran pertumbuhan produk domestik bruto Indonesia pada tahun 2016 atas dasar harga berlaku sebesar Rp 12.406,8 triliun. Produk domestik bruto per kapita pada tahun 2016 yang merupakan produk domestik bruto atas dasar harga berlaku dibagi dengan jumlah penduduk pertengahan tahun mencapai Rp 48,0 juta



Gambar 1.6 Pertumbuhan Ekonomi Indonesia Tahun 2013-2016 (dalam persen)

Sumber: Produk Domestik Bruto Indonesia menurut Pengeluaran Tahun 2012-2016, Badan Pusat Statistik, 2017

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara dipengaruhi oleh keberadaan sarana kesehatan. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang digunakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Sarana kesehatan terdiri dari fasilitas pelayanan kesehatan (terdiri dari puskesmas dan rumah sakit), sarana kefarmasian dan alat kesehatan, serta institusi Pendidikan kesehatan milik pemerintah yang menghasilkan tenaga kesehatan.

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat, puskesmas adalah fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Untuk mendukung fungsi dan tujuan puskesmas maupun tenaga penunjang kesehatan. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya Kecamatan Sehat. Selain melaksanakan tugas tersebut, puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama serta sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan.

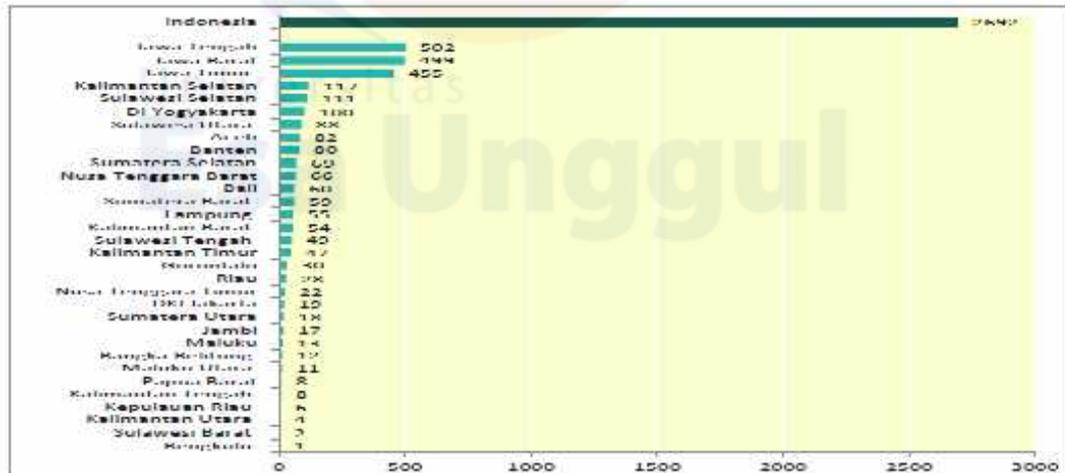
Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Upaya kesehatan perseorangan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, dan memulihkan kesehatan perseorangan.



Gambar 1.7 Jumlah Puskesmas Tahun 2012-2016

Sumber: Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2016,
(<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 18 November 2017)

Dapat dilihat pada gambar 1.7, dalam kurun waktu 5 tahun terakhir, terjadi peningkatan jumlah puskesmas. Jumlah puskesmas di Indonesia sampai dengan Desember 2016 adalah 9.767unit, yang terdiri dari 3.411 unit puskesmas rawat inap dan 6.356 unit puskesmas non rawat inap. Jumlah ini meningkat dibandingkan tahun 2015 yaitu sebanyak 9.754 unit, dengan jumlah puskesmas rawat inap sebanyak 3.396 unit dan puskesmas non rawat inap sebanyak 6.358 unit.



Gambar 1.8 Jumlah Puskesmas yang Memberikan Pelayanan sesuai Standar di Indonesia Tahun 2016

Sumber : Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI 2017,
(<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 18 November 2017)

Provinsi dengan rasio puskesmas terhadap kecamatan tertinggi adalah Provinsi DKI Jakarta sebesar 7,73 puskesmas per kecamatan, sedangkan Papua Barat memiliki rasio terendah sebesar 0,69 Puskesmas per kecamatan yang dapat dilihat pada gambar 1.8. Rasio Puskesmas per kecamatan tersebut dapat menggambarkan kondisi aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan primer. Aksesibilitas masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor di antaranya kondisi geografis, luas wilayah, ketersediaan sarana dan prasarana dasar, dan kemajuan suatu daerah. Sebagai contoh, dua provinsi dengan rasio terendah seluruhnya berada di wilayah timur yaitu Papua Barat dan Papua. Hal ini dapat disebabkan karena wilayah kerja yang luas dengan medan yang sulit serta keterbatasan sistem transportasi untuk menjangkau pelayanan kesehatan.



Gambar 1.9 Jumlah Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap Tahun 2012-2016
 Sumber: Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2017
 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 18 November 2017)

Pada gambar 1.9 dapat dilihat perkembangan jumlah puskesmas rawat inap dan non rawat inap dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2016. Jumlah puskesmas rawat inap selama lima tahun terakhir terus meningkat, yaitu sebanyak 3.152 unit pada tahun 2012, lalu meningkat menjadi 3.411 unit pada tahun 2016. Jumlah puskesmas non rawat inap cenderung berfluktuasi. Hal ini dapat dilihat dari jumlah puskesmas non rawat inap pada tahun 2012 sebanyak 6.356 menurun menjadi 6.338 pada tahun 2013 dan pada tahun 2016 meningkat menjadi 6.356. Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat selain upaya promotif dan preventif, diperlukan juga upaya kuratif dan rehabilitatif. Upaya kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif dapat diperoleh melalui rumah sakit yang juga berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56/ Menkes/ PER/ I/ 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit mengelompokkan rumah sakit berdasarkan penyelenggaraan, yaitu rumah sakit pemerintah, rumah sakit pemerintah daerah dan rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah adalah unit pelaksana teknis dari instansi pemerintah (Kementerian Kesehatan, Kepolisian, Tentara Nasional Indonesia dan Kementerian lainnya). Rumah sakit daerah adalah pelaksana teknis

dari daerah (pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten dan pemerintah kota). Sedangkan rumah sakit swasta adalah badan hukum yang bersifat nirlaba.

Tabel 1.2 Perkembangan Jumlah Rumah Sakit menurut Kepemilikan di Indonesia Tahun 2013-2015

No	Pengelola/Kepemilikan	2013	2014	2015
1	Publik			
	Kemkes dan Pemda	676	687	713
	TNI/POLRI	159	169	167
	Kementerian Lain	3	7	8
	Swasta Non Profit	724	736	705
	Jumlah RS Publik	1562	1599	1593
2	Privat			
	BUMN	67	67	62
	Swasta	599	740	833
	Jumlah RS Privat	666	807	895
	Total RS	2228	2406	2488

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2016
(<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Pada tahun 2015, rumah sakit di Indonesia sebanyak 2.488 RS yang terbagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit Privat. Rumah sakit publik di Indonesia dikelola oleh Kementerian Kesehatan, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, TNI/POLRI, kementerian lain serta swasta non-profit (organisasi keagamaan dan organisasi sosial). Jumlah rumah sakit publik di Indonesia hingga tahun 2015 sebanyak 1.593 RS yang terdiri dari 1.341 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 252 Rumah Sakit Khusus (RSK). Jumlah rumah sakit publik maupun privat menunjukkan peningkatan pada kurun waktu 2013-2014, dan sedikit mengalami penurunan pada tahun 2015 sesuai yang ditampilkan pada Tabel 1.2 di atas.

Tabel 1.3 Jumlah Rumah Sakit di Indonesia menurut Pengelola dan Provinsi Tahun 2016

No.	Provinsi	Rumah Sakit Publik														
		Kemenkes			Pemda			TNI/POLRI			Kementerian Lain			Swasta Non Profit		
		RS Umum	RS Khusus	Jumlah	RS Umum	RS Khusus	Jumlah	RS Umum	RS Khusus	Jumlah	RS Umum	RS Khusus	Jumlah	RS Umum	RS Khusus	Jumlah
1	Aceh	0	0	0	25	2	27	5	0	5	0	0	0	15	0	15
2	Sumatera Utara	1	0	1	34	3	37	9	0	9	1	0	1	67	8	75
3	Sumatera Barat	1	1	2	19	2	21	4	0	4	0	0	0	11	9	20
4	Riau	0	0	0	16	2	18	4	0	4	1	0	1	5	0	5
5	Jambi	0	0	0	13	1	14	2	0	2	0	0	0	1	1	2
6	Sumatera Selatan	1	1	2	21	4	25	4	0	4	0	0	0	9	3	12
7	Bengkulu	0	0	0	12	1	13	3	0	3	0	0	0	2	0	2
8	Lampung	0	0	0	14	1	15	2	0	2	0	0	0	11	3	14
9	Kepulauan Bangka Belitung	0	0	0	9	1	10	0	0	0	0	0	0	3	0	3
10	Kepulauan Riau	0	0	0	11	0	11	2	0	2	0	0	0	4	2	6
11	DKI Jakarta	3	7	10	27	2	29	9	3	12	4	0	4	32	20	52
12	Jawa Barat	1	4	5	43	4	47	13	0	13	0	0	0	55	19	74
13	Jawa Tengah	2	3	5	53	4	57	12	0	12	2	1	3	104	25	129
14	DI Yogyakarta	1	0	1	8	2	10	3	0	3	0	0	0	26	13	39
15	Jawa Timur	0	1	1	58	9	67	29	3	32	2	0	2	88	30	118
16	Banten	0	1	1	10	0	10	2	0	2	0	0	0	10	7	17
17	Bali	1	0	1	9	2	11	3	0	3	0	0	0	15	3	18
18	Nusa Tenggara Barat	0	0	0	12	1	13	2	0	2	0	0	0	4	0	4
19	Nusa Tenggara Timur	0	0	0	20	0	20	5	0	5	0	0	0	13	3	16
20	Kalimantan Barat	0	0	0	16	3	19	6	0	6	0	0	0	7	0	7
21	Kalimantan Tengah	0	0	0	16	1	17	2	0	2	0	0	0	0	0	0
22	Kalimantan Selatan	0	0	0	15	2	17	4	0	4	0	0	0	3	2	5
23	Kalimantan Timur	0	0	0	13	2	15	4	0	4	0	0	0	4	1	5
24	Kalimantan Utara	0	0	0	5	0	5	1	0	1	0	0	0	0	0	0
25	Sulawesi Utara	2	0	2	15	1	16	4	0	4	0	1	1	14	0	14
26	Sulawesi Tengah	0	0	0	17	1	18	2	0	2	0	0	0	4	4	8
27	Sulawesi Selatan	1	1	2	31	3	34	7	0	7	0	1	1	12	8	20
28	Sulawesi Tenggara	0	0	0	17	1	18	2	0	2	0	0	0	4	0	4
29	Gorontalo	0	0	0	9	0	9	0	0	0	0	0	0	1	1	2
30	Sulawesi Barat	0	0	0	8	0	8	0	0	0	0	0	0	1	0	1
31	Maluku	0	0	0	16	1	17	4	0	4	0	0	0	7	0	7
32	Maluku Utara	0	0	0	13	0	13	2	0	2	0	0	0	4	0	4
33	Papua Barat	0	0	0	9	0	9	3	0	3	0	0	0	0	0	0
34	Papua	0	0	0	25	2	27	7	0	7	0	0	0	5	0	5
	Indonesia	14	19	33	639	58	697	161	6	167	10	3	13	541	162	703

Tabel 1.3 Lanjutan Jumlah Rumah Sakit di Indonesia menurut Pengelola dan Provinsi Tahun 2016

No.	Provinsi	Rumah Sakit Privat						Semua Rumah Sakit		
		Swasta			BUMN			RS Umum	RS Khusus	Jumlah
		RS Umum	RS Khusus	Jumlah	RS Umum	RS Khusus	Jumlah			
1	Aceh	17	1	18	3	0	3	65	3	68
2	Sumatera Utara	49	8	57	14	1	15	175	20	195
3	Sumatera Barat	5	14	19	1	0	1	41	26	67
4	Riau	28	13	41	3	0	3	57	15	72
5	Jambi	12	4	16	0	0	0	28	6	34
6	Sumatera Selatan	8	9	17	5	0	5	48	17	65
7	Bengkulu	2	1	3	0	0	0	19	2	21
8	Lampung	19	14	33	0	0	0	46	18	64
9	Kepulauan Bangka Belitung	3	1	4	0	0	0	15	2	17
10	Kepulauan Riau	5	3	8	1	0	1	23	5	28
11	DKI Jakarta	49	29	78	4	1	5	128	62	190
12	Jawa Barat	137	47	184	4	1	5	253	75	328
13	Jawa Tengah	56	25	81	3	0	3	232	58	290
14	DI Yogyakarta	15	5	20	0	1	1	53	21	74
15	Jawa Timur	86	58	144	11	2	13	274	103	377
16	Banten	40	24	64	1	0	1	63	32	95
17	Bali	19	5	24	0	0	0	47	10	57
18	Nusa Tenggara Barat	8	1	9	0	0	0	26	2	28
19	Nusa Tenggara Timur	4	0	4	0	0	0	42	3	45
20	Kalimantan Barat	7	6	13	0	0	0	36	9	45
21	Kalimantan Tengah	2	0	2	0	0	0	20	1	21
22	Kalimantan Selatan	6	5	11	2	0	2	30	9	39
23	Kalimantan Timur	13	9	22	2	0	2	36	12	48
24	Kalimantan Utara	1	0	1	0	0	0	7	0	7
25	Sulawesi Utara	4	2	6	0	0	0	39	4	43
26	Sulawesi Tengah	2	3	5	0	0	0	25	8	33
27	Sulawesi Selatan	14	11	25	1	1	2	65	25	90
28	Sulawesi Tenggara	5	1	6	0	0	0	29	2	31
29	Gorontalo	2	0	2	0	0	0	12	1	13
30	Sulawesi Barat	1	1	2	0	0	0	10	1	11
31	Maluku	0	0	0	0	0	0	27	1	28
32	Maluku Utara	1	0	1	1	0	1	20	0	20
33	Papua Barat	2	0	2	0	0	0	16	0	16
34	Papua	1	1	2		0	0	38	3	41
	Indonesia	623	301	924	56	7	63	2045	556	2601

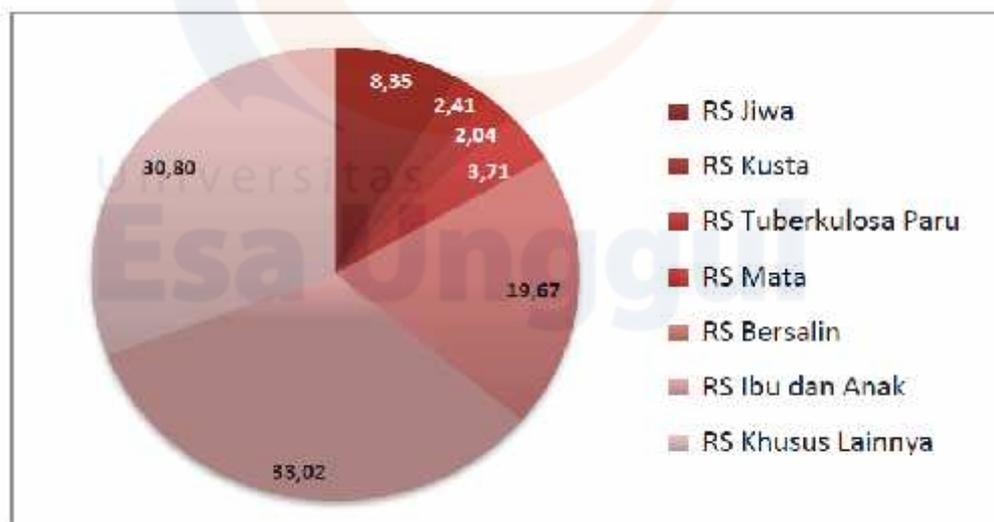
Dibandingkan dengan data dan informasi sarana kesehatan pada tabel 1.3 dapat dijabarkan jumlah rumah sakit di Indonesia menurut pengelola dan provinsi tahun 2016 dimana terdapat 2 pembagian yaitu rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Bila dilihat dari segi pengelola Kemenkes, jumlah rumah sakit terbanyak ada di DKI Jakarta sebesar 10 rumah sakit. Dari segi pengelola Pemda, jumlah rumah sakit terbanyak ada di Jawa Timur sebesar 67 rumah sakit. Dari segi pengelola TNI/Polri, jumlah rumah sakit terbanyak ada di Jawa Timur sebesar 32 rumah sakit. Dari segi pengelola Kementerian lain, jumlah rumah sakit terbanyak ada di DKI Jakarta sebesar 4 rumah sakit. Dari segi pengelola Swasta non-profit, jumlah rumah sakit terbanyak ada di Jawa Tengah sebesar 129 rumah sakit. Dari segi pengelola Swasta, jumlah rumah sakit terbanyak ada di Jawa Barat sebesar 184 rumah sakit. Dari segi pengelola BUMN, jumlah rumah sakit terbanyak ada di Sumatera Utara sebesar 15 rumah sakit. Dan bila dilihat dari akumulasi keseluruhan rumah sakit di Indonesia baik rumah sakit umum dan khusus maka dapat dilihat bahwa Jawa Barat memiliki rumah sakit terbanyak sebesar 328 rumah sakit dan Kalimantan Utara memiliki rumah sakit paling sedikit sebesar 7 rumah sakit.



Gambar 1.10 Perkembangan Jumlah Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus di Indonesia Tahun 2011-2015

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2016 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

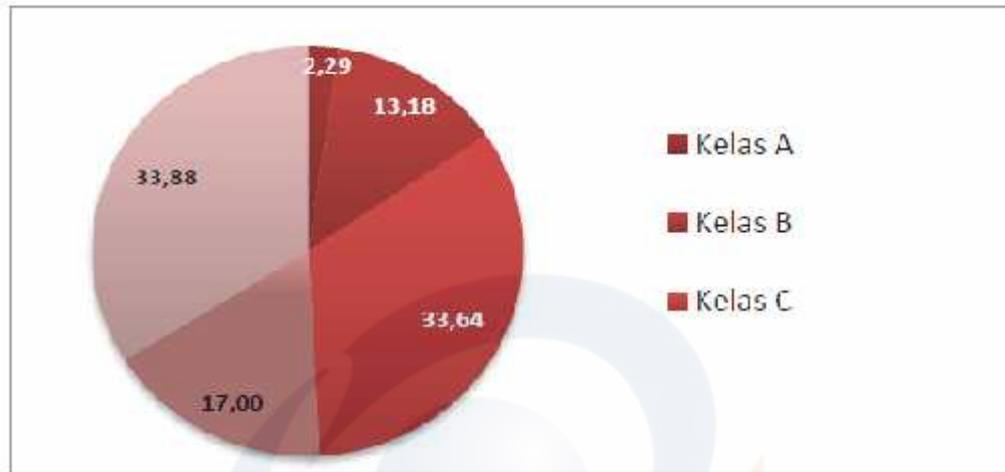
Jumlah rumah sakit umum dan rumah sakit khusus pada tahun 2015 sebanyak 1.949 RSU dan 539 RSK. Jumlah rumah sakit umum terus meningkat sejak tahun 2011, sedangkan jumlah rumah sakit khusus sedikit menurun pada tahun 2015. Perkembangan jumlah rumah sakit umum dan rumah sakit khusus dalam lima tahun terakhir dapat dilihat pada gambar 1.10. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit dapat didirikan dan diselenggarakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan swasta. Sedangkan menurut pelayanan yang diberikan, rumah sakit terdiri dari rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Selain berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit juga dikelompokkan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan menjadi Kelas A, Kelas B, Kelas C, dan Kelas D. Pada tahun 2015, terdapat 57 RS kelas A, 328 kelas B, 837 RS kelas C, 423 RS kelas D, dan sebanyak 843 unit RS lainnya belum ditetapkan kelas.



Gambar 1.11 Persentase Rumah Sakit Khusus (RSK) menurut Jenis di Indonesia Tahun 2015

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2016 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Dilihat dari gambar 1.11 di atas menunjukkan bahwa rumah sakit ibu dan anak merupakan RSK terbanyak di Indonesia, yaitu sebesar 33,02% dari 539 RSK. Selain itu, rumah sakit bersalin juga memiliki proporsi yang cukup besar yaitu 19,67%. Sementara itu, rumah sakit tuberkulosa paru dan rumah sakit kusta hanya sebesar 2,04% dan 2,41% dari seluruh RSK di Indonesia.



Gambar 1.12 Persentase Rumah Sakit menurut Kelas di Indonesia Tahun 2015

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2016 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

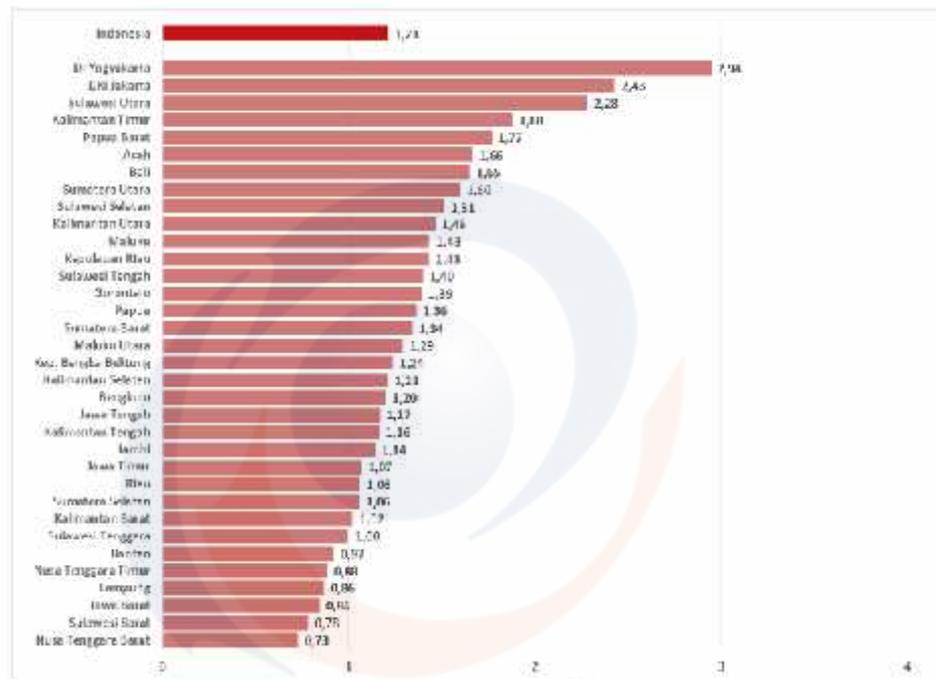


Gambar 1.13 Rasio Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit per 1.000 Penduduk di Indonesia Tahun 2011-2015

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2016 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Terpenuhi atau tidaknya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rujukan dan perorangan di suatu wilayah dapat dilihat dari rasio tempat

tidur terhadap 1.000 penduduk. Rasio tempat tidur di rumah sakit di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 1,21 per 1.000 penduduk. Rasio ini meningkat dibandingkan tahun 2014, yaitu sebesar 1,07 per 1.000 penduduk. Dengan peningkatan ini diharapkan kebutuhan tempat tidur dapat tercukupi. Rasio tempat tidur di rumah sakit di Indonesia sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 yang ditampilkan pada gambar 1.13.



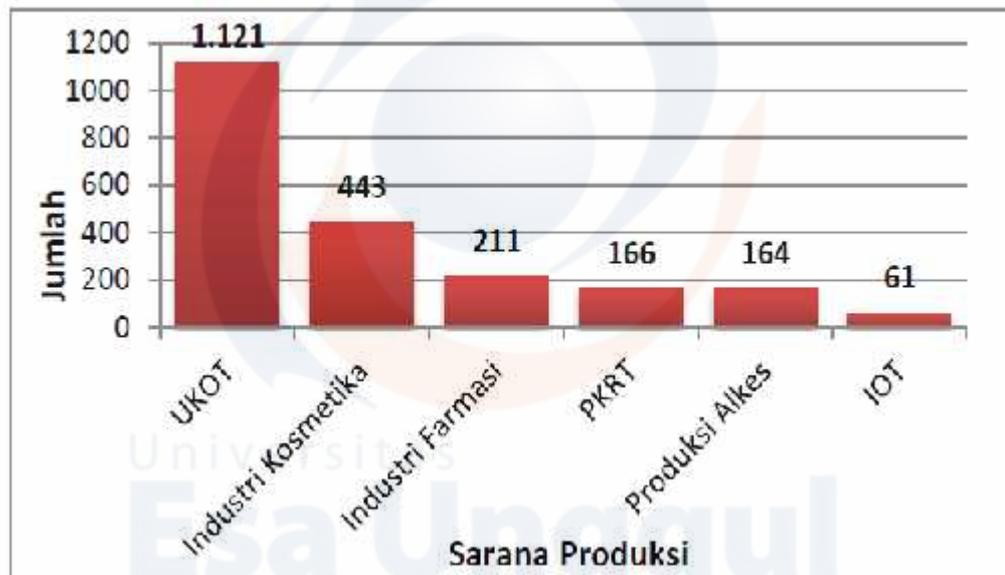
Gambar 1.14 Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit per 1.000 Penduduk di Indonesia Tahun 2015

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2016

(<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Rincian rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk dapat dilihat pada gambar 1.14, walaupun rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk di Indonesia pada tahun 2015 telah mencukupi, namun ketika dijabarkan per provinsi maka ditemukan masih ada enam provinsi dengan rasio tempat tidur terhadap penduduknya kurang mencukupi, yaitu Banten (0,92), Nusa Tenggara Timur (0,88), Lampung (0,86), Jawa Barat (0,84), Sulawesi Barat (0,78), dan Nusa Tenggara Barat (0,73).

Ketersediaan farmasi dan alat kesehatan memiliki peran yang signifikan dalam pelayanan kesehatan. Akses masyarakat terhadap obat khususnya obat esensial merupakan salah satu hak asasi manusia. Dengan demikian penyediaan obat esensial merupakan kewajiban bagi pemerintah dan institusi pelayanan kesehatan baik publik maupun privat. Sebagai komoditi khusus, semua obat yang beredar harus terjamin keamanan, khasiat dan mutunya agar dapat memberikan manfaat bagi kesehatan. Oleh karena itu, selain meningkatkan jumlah tenaga pengelola yang terlatih, salah satu upaya yang dilakukan untuk menjamin mutu obat hingga diterima konsumen adalah menyediakan sarana penyimpanan obat dan alat kesehatan yang dapat menjaga keamanan secara fisik serta dapat mempertahankan kualitas obat.



Gambar 1.15 Jumlah Sarana Produksi Kefarmasian dan Alat Kesehatan di Indonesia Tahun 2015

Sumber: Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kemenkes RI, 2017
(<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Salah satu kebijakan dalam program kefarmasian dan alat kesehatan adalah meningkatkan akses dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) sesuai tugas pokok dan fungsi Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan yaitu meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta

menjamin keamanan, khasiat, kemanfaatan, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Jumlah sarana produksi kefarmasian dan alat kesehatan di Indonesia dapat dilihat pada gambar 1.15.

Sarana produksi dan distribusi di Indonesia masih menunjukkan adanya ketimpangan dalam hal persebaran jumlah. Sebagian besar sarana produksi maupun distribusi berlokasi di Pulau Sumatera dan Jawa sebesar 94,7% sarana produksi dan 77,0% sarana distribusi. Jumlah sarana produksi pada tahun 2015 sebesar 2.166 sarana. Provinsi dengan jumlah sarana produksi terbanyak adalah Jawa Barat, yaitu sebesar 504 sarana. Hal ini disebabkan karena Jawa Barat memiliki populasi yang besar dan wilayah yang luas.



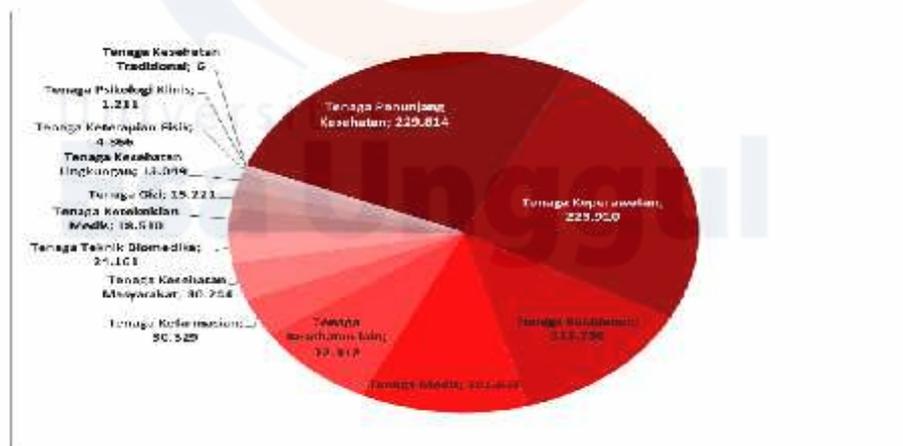
Gambar 1.16 Jumlah Sarana Distribusi Kefarmasian dan Alat Kesehatan di Indonesia Tahun 2014

Sumber: Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kemenkes RI, 2017(<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Berdasarkan gambar 1.16, sarana distribusi kefarmasian dan alat kesehatan yang dipantau jumlahnya oleh Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan antara lain Pedagang Besar Farmasi (PBF), apotek, toko obat dan penyalur alat kesehatan (PAK). Jumlah sarana distribusi kefarmasian dan alat kesehatan pada tahun 2015 sebesar 38.267 sarana. Jumlah tersebut meningkat dibandingkan tahun 2014 yang sebesar 35.566 sarana. Menurut kementerian kesehatan (2015), sumber daya manusia kesehatan merupakan salah satu sub

sistem dalam kesehatan nasional yang mempunyai peranan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui berbagai upaya dan pelayanan kesehatan. Upaya dan pelayanan kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, memiliki etik dan moral tinggi, keahlian dan berwenang.

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang tenaga kesehatan, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Menurut Kementerian Kesehatan (2015), tenaga di bidang kesehatan terdiri dari tenaga kesehatan dan asisten tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan dikelompokkan menjadi beberapa rumpun dan sub-rumpun. Rumpun tenaga kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang tenaga kesehatan pasal 11 adalah tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisan medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lain.

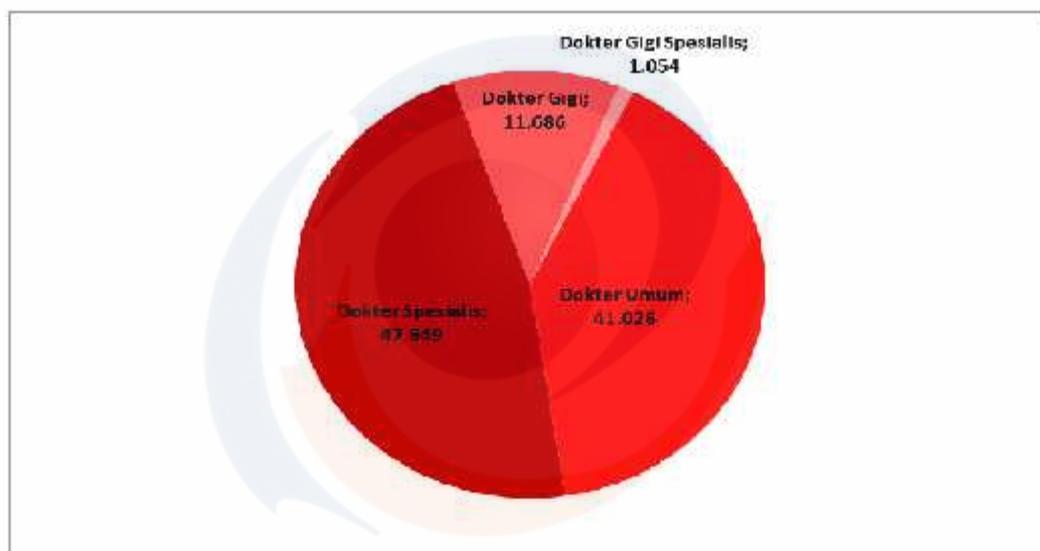


Gambar 1.17 Rekapitulasi Sumber Daya Manusia Kesehatan di Indonesia Tahun 2015

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Menurut kementerian kesehatan, dapat dilihat pada gambar 1.17 pada tahun 2015 total sumber daya manusia kesehatan di Indonesia sebanyak 876.984

orang yang terdiri dari 647.710 orang tenaga kesehatan (73,8%) dan 229.814 orang tenaga penunjang kesehatan (26,2%). Tenaga kesehatan dengan jumlah terbanyak pada tahun 2015 yaitu perawat sebanyak 223.910 orang atau 34,6% dari total tenaga kesehatan, sedangkan tenaga kesehatan dengan jumlah paling sedikit yaitu tenaga tradisional sebanyak 6 orang atau 0,001% dari total tenaga kesehatan. Provinsi dengan tenaga kesehatan paling banyak terpusat di Pulau Jawa yaitu Jawa Tengah (76.819 orang), Jawa Timur (69.405 orang), dan Jawa Barat (66.152 orang). Provinsi dengan jumlah tenaga kesehatan paling sedikit yaitu Kalimantan Utara sebanyak 2.887 orang.



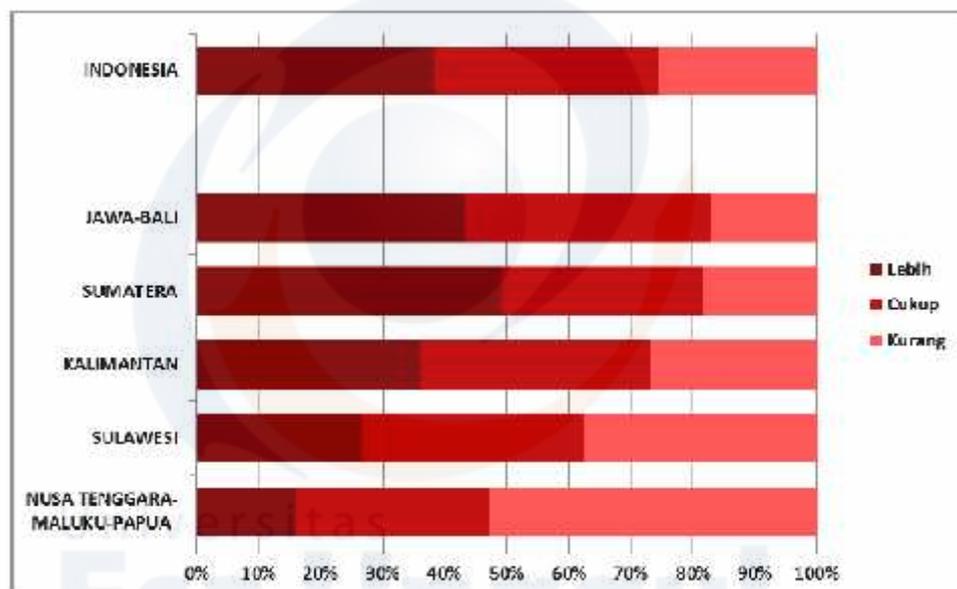
Gambar 1.18 Jumlah Tenaga Medis di Indonesia Tahun 2015

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, KemenkesRI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Tenaga medis berdasarkan fungsi yaitu tenaga medis yang memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai fungsinya. Dapat dilihat pada gambar 1.18, jumlah tenaga medis terbanyak yaitu dokter spesialis sebanyak 47.849 orang (47,1%). Dokter spesialis lebih banyak daripada dokter umum dimungkinkan karena banyak dokter umum yang bekerja di luar fungsi pelayanan medis, yaitu bidang manajemen. Selain itu, data ini belum termasuk data dokter praktik mandiri. Sebanyak 54,2% tenaga medis berada di Pulau Jawa dengan jumlah terbanyak berada di Provinsi Jawa Barat (14.272 orang), Jawa Timur (12.205 orang), dan Jawa Tengah (11.782 orang). Provinsi dengan tenaga medis

paling sedikit adalah Sulawesi Barat (310 orang), Kalimantan Utara (314 orang), dan Papua Barat (372 orang).

Pada peraturan yang sama di pasal 16 ayat 3 disebutkan bahwa minimal tenaga kesehatan di puskesmas terdiri dari dokter atau dokter layanan primer, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi dan tenaga kefarmasian. Sedangkan tenaga penunjang kesehatan harus dapat mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lainnya. sumber daya manusia kesehatan di Puskesmas di Indonesia tahun 2015 sebanyak 258.56

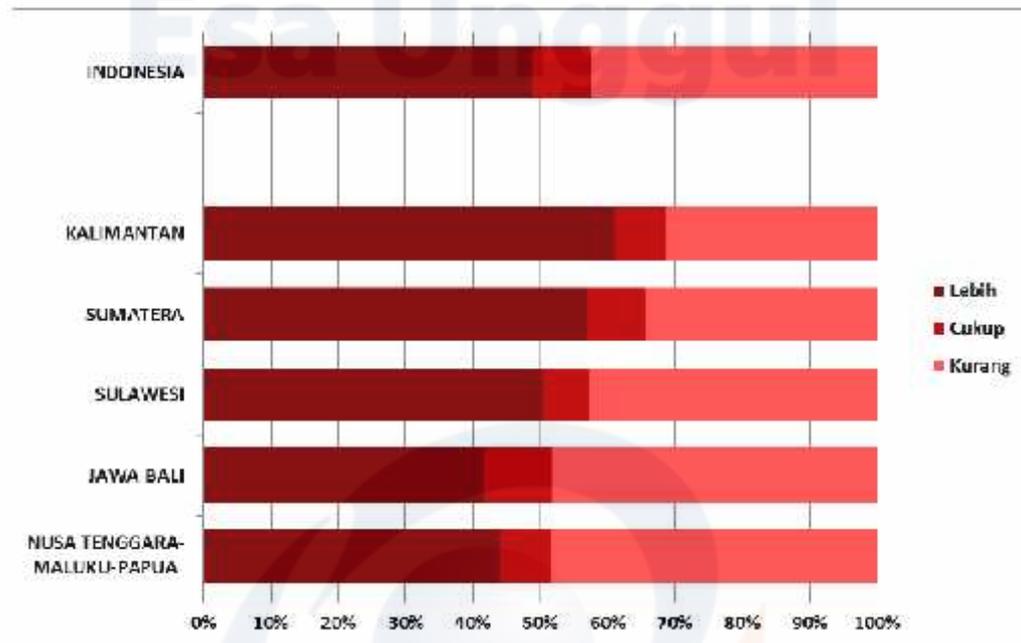


Gambar 1.19 Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Dokter menurut Regional di Indonesia Tahun 2015

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2016 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Pada puskesmas non rawat inap, minimal jumlah dokter yaitu satu orang, sedangkan pada puskesmas rawat inap minimal jumlah dokter dua orang, baik pada wilayah perkotaan, pedesaan, maupun kawasan terpencil. Pada gambar 1.19, diketahui bahwa di Indonesia pada tahun 2015 terdapat 38,53% puskesmas yang memiliki dokter melebihi jumlah standar yang

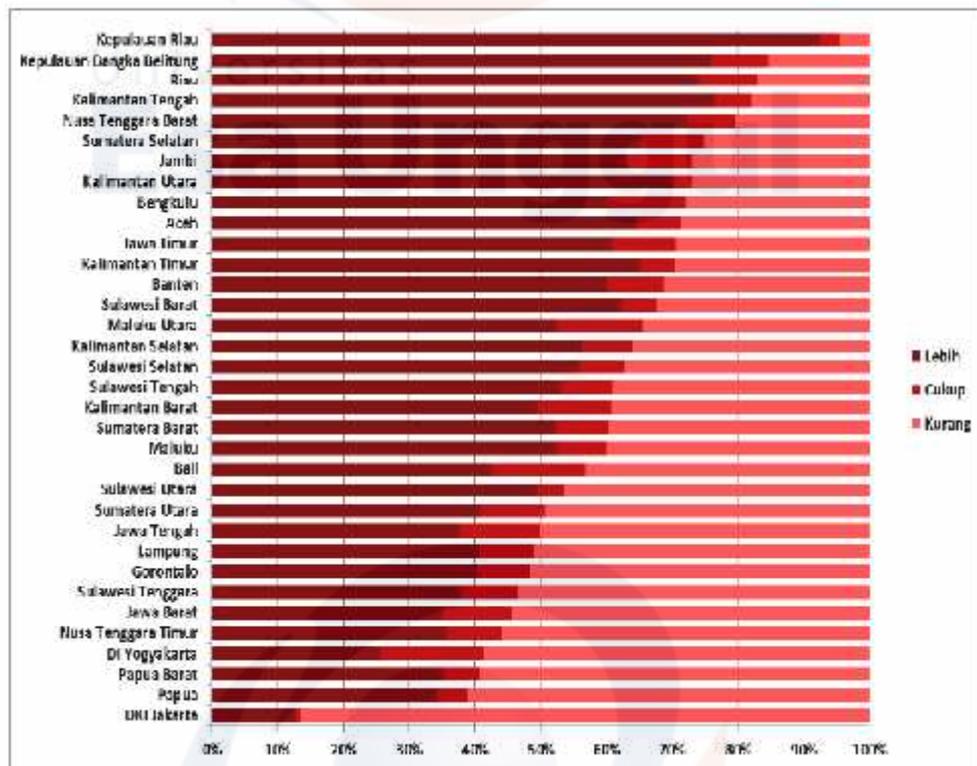
ditetapkan, 35,9% puskesmas sudah cukup dokter, dan 25,57% puskesmas kekurangan dokter.



Gambar 1.20 Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Perawat di Indonesia

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2016 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

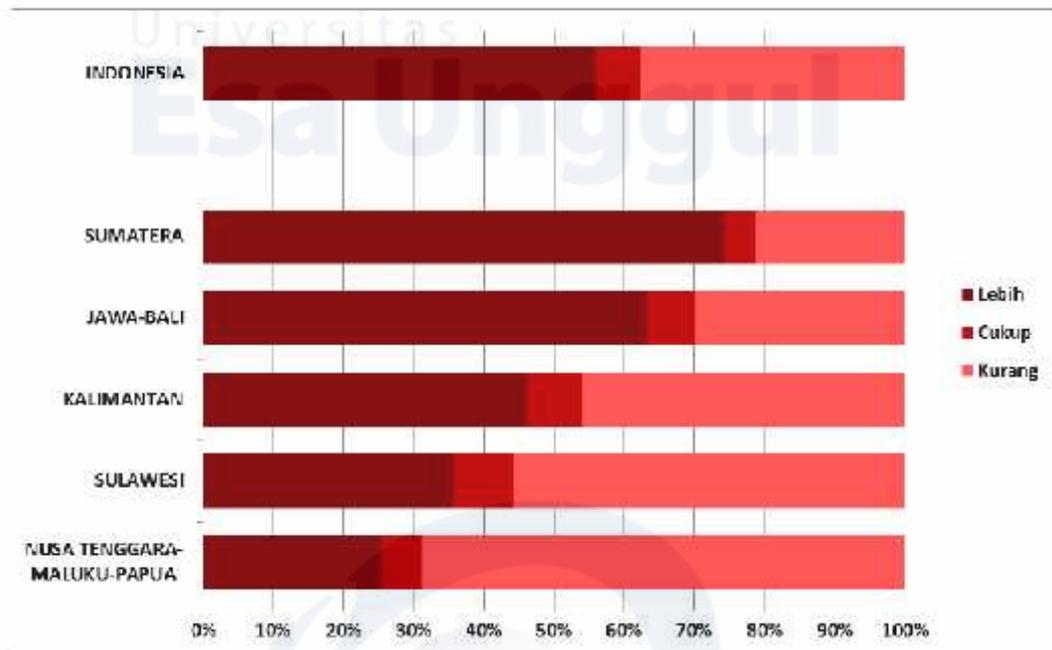
Dapat dilihat pada gambar 1.20, perawat pada puskesmas non rawat inap minimal berjumlah lima orang sedangkan pada puskesmas rawat inap minimal berjumlah delapan orang. Kondisi ini merupakan standar minimal di wilayah perkotaan, perdesaan, dan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Di Indonesia pada tahun 2015, terdapat 48,78% puskesmas jumlah perawat lebih dari standar yang ditetapkan, 8,76% puskesmas dengan jumlah perawat cukup, dan 42,46% puskesmas kekurangan perawat. Secara regional, proporsi terbesar puskesmas dengan jumlah perawat cukup dan berlebih terdapat pada regional Kalimantan (68,6%) dan Sumatera (65,66%). Proporsi terbesar Puskesmas yang kekurangan jumlah perawat yaitu regional Nusa Tenggara-Maluku-Papua (48,47%) dan regional Jawa-Bali (48,20%).



Gambar 1.21 Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Perawat menurut Provinsi Tahun 2015

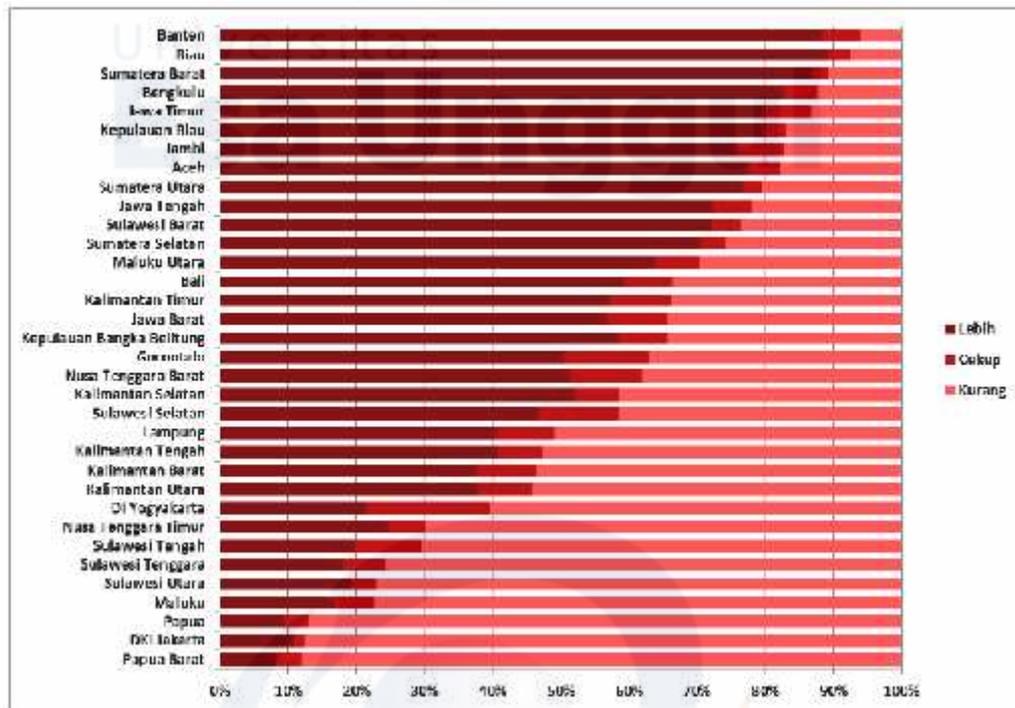
Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2016 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Jika dilihat persebarannya pada gambar 1.21, provinsi dengan persentase tertinggi puskesmas yang cukup dan berlebih jumlah perawat adalah Kepulauan Riau (95,38%), Kepulauan Bangka Belitung (84,48%), dan Riau (82,84%). Provinsi dengan presentase tertinggi puskesmas yang kekurangan jumlah perawat adalah DKI Jakarta (86,69%), Papua (60,99%), dan Papua Barat (59,26%).



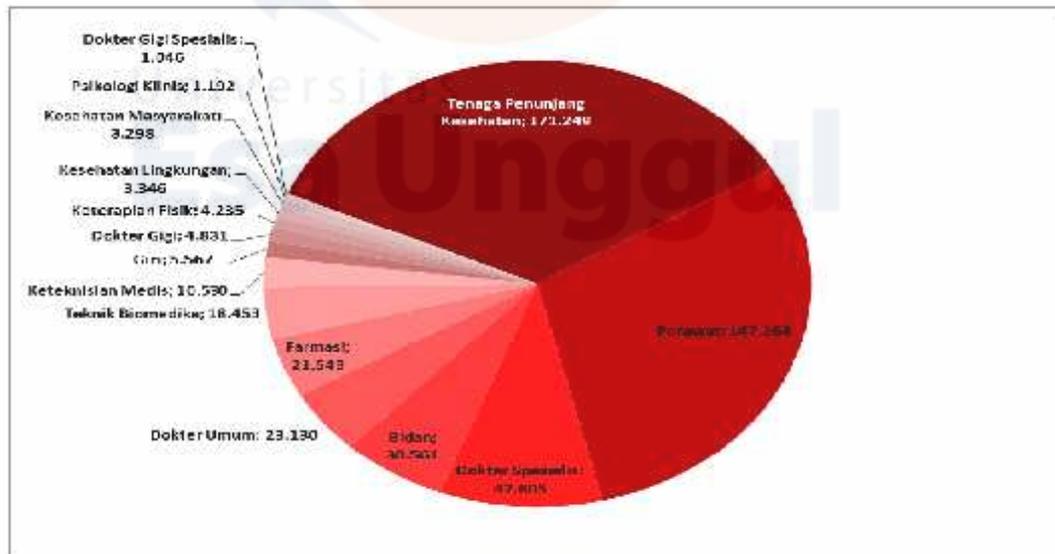
Gambar 1.22 Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan di Indonesia Tahun 2015
 Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, KemenkesRI, 2016 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Pada gambar 1.22 terlihat jumlah bidan di puskesmas non rawat inap minimal empat orang dan di puskesmas rawat inap minimal tujuh orang. Kondisi ini merupakan standar minimal di wilayah perkotaan, perdesaan, dan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Pada gambar 1.10, diketahui bahwa di Indonesia tahun 2015 terdapat 56% memiliki bidan melebihi jumlah standar yang ditetapkan, 6,4% puskesmas sudah cukup bidan, dan 37,6% puskesmas kekurangan bidan. Berdasarkan regional, proporsi terbesar puskesmas yang cukup dan berlebih jumlah bidan terdapat di regional Sumatera (78,57%) dan Jawa-Bali (70,11%), sedangkan proporsi terbesar puskesmas yang kekurangan bidan terdapat di regional Nusa Tenggara- Maluku- Papua (68,85%).



Gambar 1.23 Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan di Indonesia Tahun 2015
 Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan,
 Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>) dan diolah oleh Pusat Data dan Informasi

Berdasarkan provinsi pada Gambar 1.23, provinsi dengan persentase tertinggi Puskesmas dengan jumlah bidan cukup dan berlebih yaitu Banten (93,91%), Riau (92,65%), dan Sumatera Barat (89,15%). Provinsi dengan persentase tertinggi puskesmas yang kekurangan bidan adalah Papua Barat (87,96%), DKI Jakarta (87,57%), dan Papua (87%). Analisis kecukupan tenaga kesehatan di puskesmas ini dilakukan berdasarkan standar jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas yang terlampir pada peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2015 tentang pusat kesehatan masyarakat. Hasil analisis ini berdasarkan data yang terkumpul dari dinas kesehatan provinsi dan belum seluruhnya dimutakhirkan.



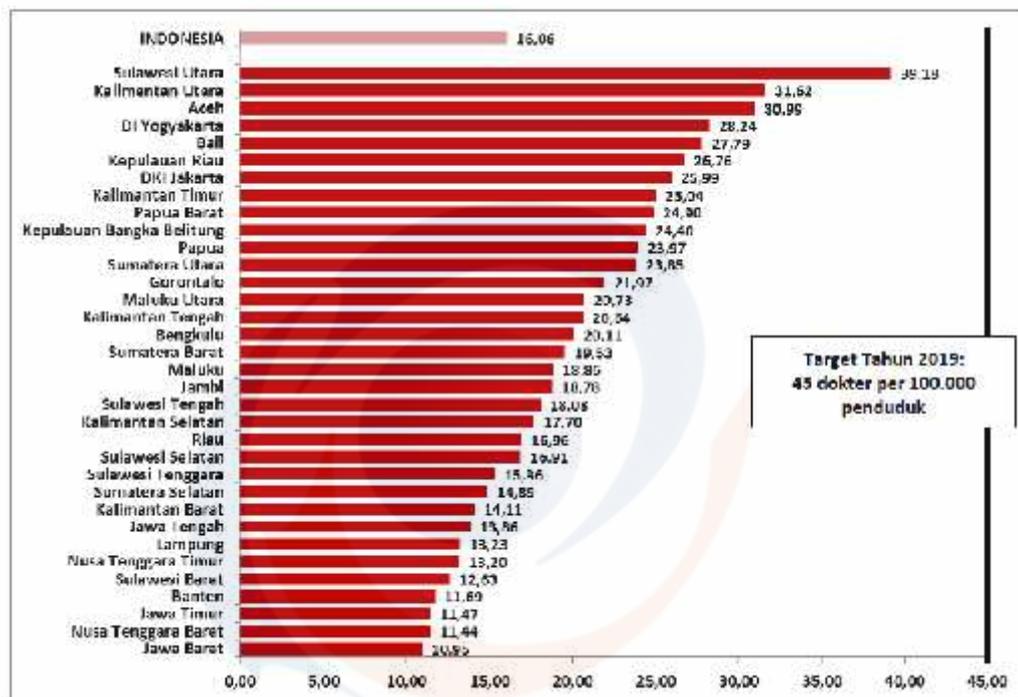
Gambar 1.24 Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan di Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2015

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Dapat dilihat pada gambar 1.24, total sumber daya manusia kesehatan di rumah sakit pada tahun 2015 sebanyak 493.856 orang yang terdiri dari 322.607 orang tenaga kesehatan (65,32%) dan 171.249 orang tenaga penunjang kesehatan (34,68%). Jumlah tenaga kesehatan terbanyak yaitu perawat sebanyak 147.264 orang (45,65%) sedangkan jumlah tenaga kesehatan paling sedikit yaitu dokter gigi spesialis sebanyak 1.046 orang (0,32%). Provinsi dengan jumlah tenaga kesehatan di rumah sakit terbanyak yaitu Jawa Tengah (44.885 orang), Jawa Timur (39.742 orang), dan Jawa Barat (39.008 orang). Provinsi dengan jumlah tenaga kesehatan di rumah sakit paling sedikit yaitu Kalimantan Utara (1.163 orang).

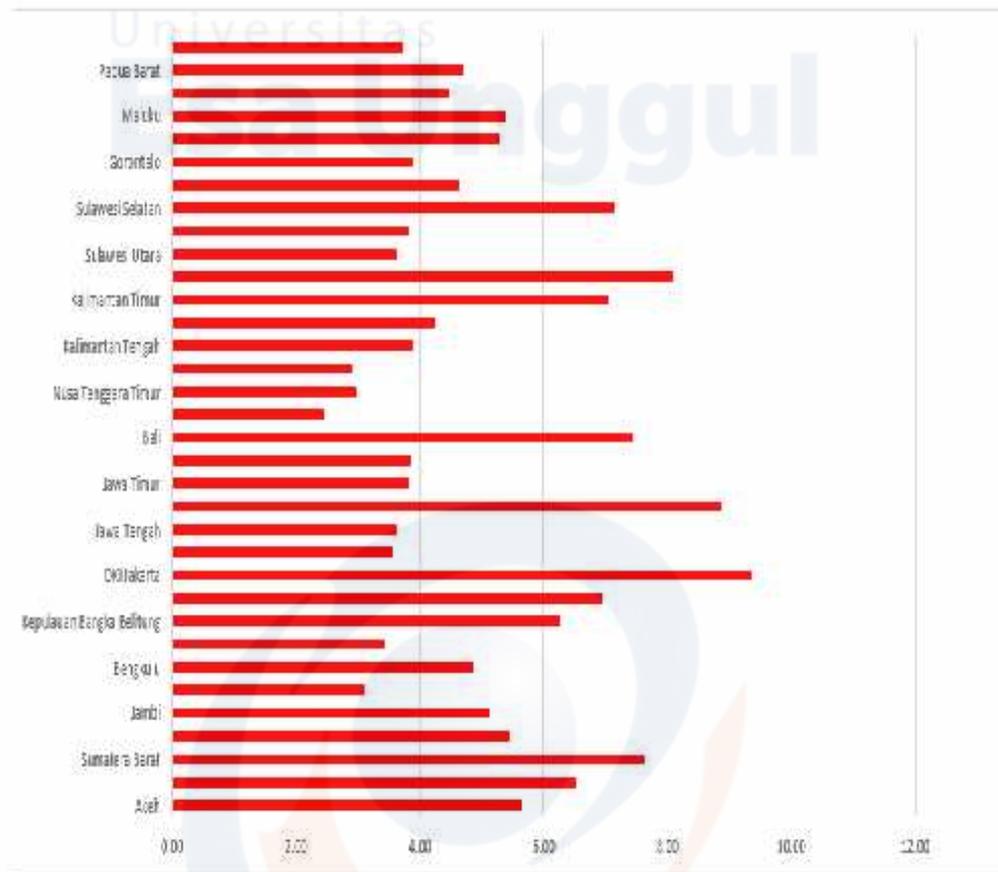
Rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk merupakan indikator untuk mengukur ketersediaan tenaga kesehatan untuk mencapai target pembangunan kesehatan tertentu. Berdasarkan keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 54 Tahun 2013 tentang rencana pengembangan tenaga kesehatan tahun 2011-2025, target rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk pada tahun 2019. Diantaranya rasio dokter umum 45 per 100.000 penduduk, rasio dokter gigi 13 per 100.000 penduduk, rasio perawat 180 per 100.000 penduduk, dan rasio bidan 120 per 100.000 penduduk. Hal

tersebut tidak sebanding lurus dengan kenyataan yang terlihat pada tabel 1.25 di atas dan diolah kembali menjadi bentuk diagram seperti yang akan dijelaskan pada gambar 1.25, gambar 1.26, gambar 1.27, dan gambar 1.28. dimana pada tahun 2015 terdapat 35,14% rumah sakit (dari rumah sakit kabupaten/kota kelas C di Indonesia yang melaporkan data) yang telah memiliki empat dokter spesialis dasar dan tiga dokter spesialis penunjang.



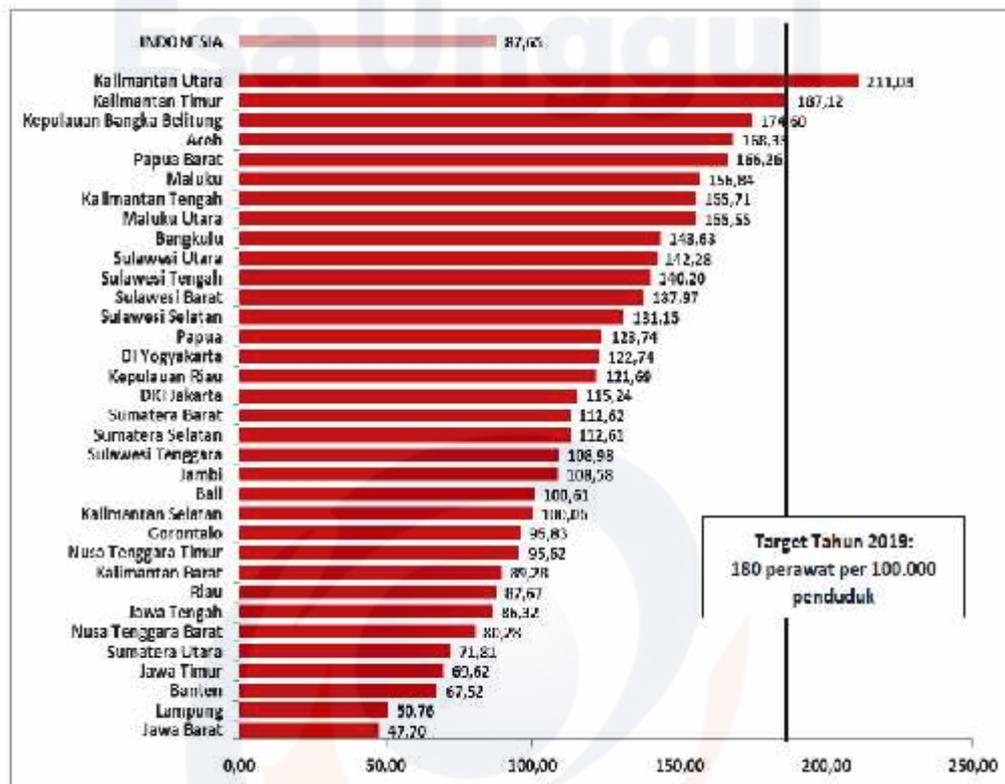
Gambar 1.25 Rasio Dokter Umum terhadap 100.000 Penduduk di Indonesia Tahun 2015
 Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017) dan diolah oleh Pusat Data dan Informasi

Pada gambar 1.25, diketahui bahwa rasio dokter umum terhadap 100.000 penduduk baik secara nasional maupun provinsi masih jauh dari target rasio dokter pada tahun 2019 yaitu 45 per 100.000 penduduk. Secara nasional, rasio dokter umum di Indonesia sebesar 16,06 per 100.000 penduduk. Angka ini masih belum mencapai target tahun 2014 yaitu 40 per 100.000 penduduk. Provinsi dengan rasio tertinggi yaitu Sulawesi Utara (39,18 per 100.000 penduduk) dan provinsi dengan rasio terendah yaitu Jawa Barat (10,95 per 100.000 penduduk).



Gambar 1.26 Rasio Dokter Gigi terhadap 100.000 Penduduk di Indonesia Tahun 2015
 Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017) dan diolah oleh Pusat Data dan Informasi

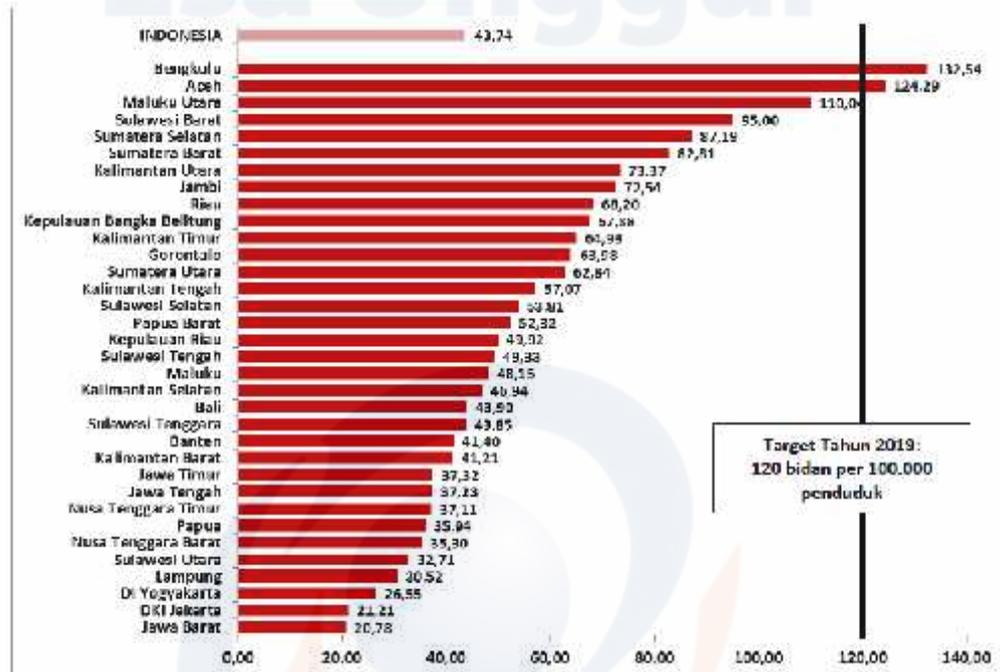
Pada gambar 1.26, diketahui bahwa rasio dokter gigi terhadap 100.000 penduduk baik secara nasional maupun provinsi masih jauh dari target rasio dokter pada tahun 2019 yaitu 13 per 100.000 penduduk. Provinsi dengan rasio tertinggi yaitu DKI Jakarta (9,35 per 100.000 penduduk) dan provinsi dengan rasio terendah yaitu Nusa Tenggara Barat (2,44 per 100.000 penduduk).



Gambar 1.27 Rasio Perawat terhadap 100.000 penduduk di Indonesia Tahun 2015

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017) dan diolah oleh Pusat Data dan Informasi

Secara nasional yang terlihat pada gambar 1.27, rasio perawat adalah 87,65 per 100.000 penduduk. Hal ini masih jauh dari target tahun 2019 yaitu 180 per 100.000 penduduk. Angka ini juga masih belum mencapai target tahun 2014 yang sebesar 158 per 100.000 penduduk. Namun berdasarkan gambar 1.20, terdapat dua provinsi dengan rasio perawat yang sudah memenuhi target tahun 2019 yaitu Kalimantan Utara (211,08 per 100.000 penduduk) dan Kalimantan Timur (187,12 per 100.000 penduduk). Provinsi dengan rasio perawat terendah yaitu Jawa Barat sebesar 47,70 per 100.000 penduduk.



Gambar 1.28 Rasio Bidan terhadap 100.000 Penduduk di Indonesia Tahun 2015

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017) dan diolah oleh Pusat Data dan Informasi

Rasio bidan di Indonesia pada tahun 2015 yang tertera di gambar 1.28 yaitu sebesar 43,74 per 100.000 penduduk. Angka ini masih jauh dari target 2019 yang sebesar 120 per 100.000 penduduk dan juga belum mencapai target tahun sebelumnya yaitu 100 per 100.000 penduduk. Berdasarkan gambar 1.20, terdapat dua provinsi yang telah memenuhi target tahun 2019 yaitu Bengkulu (132,54 per 100.000 penduduk) dan Aceh (124,29 per 100.000 penduduk). Provinsi dengan rasio terendah yaitu Jawa Barat sebesar 20,78 per 100.000 penduduk. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang tenaga kesehatan pasal 44 menyebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR). STR berlaku selama lima tahun dan dapat diregistrasi ulang. STR diberikan oleh masing-masing konsil tenaga kesehatan setelah memenuhi persyaratan.

Berikut adalah jumlah rasio antara petugas kesehatan dengan jumlah penduduk di Indonesia per 100.000 penduduk per provinsi.

Tabel 1.4 Rasio antara petugas kesehatan dengan jumlah penduduk di Indonesia per 100.000 penduduk per provinsi

Rasio Fasilitas Kesehatan per 100.000 Penduduk (Per Provinsi) Per 100.000 Penduduk											
No. Nama Provinsi	Jumlah Fasilitas	Jumlah Penduduk	Dokter Umum	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Farmasi	Kesehatan Masyarakat	Keperawatan	Uptan	Art. Terpadu/Laboratorium Medis
1 ACEH	492	5012852	1:24	1:6	1:247	1:204	1:20	1:40	1:20	1:20	1:19
2 SUMATERA UTARA	248	1067797	1:22	1:6	1:122	1:127	1:22	1:22	1:22	1:22	1:17
3 SUMATERA BARAT	408	4166309	1:22	1:6	1:121	1:122	1:24	1:6	1:6	1:6	1:12
4 BALI	243	424442	1:22	1:6	1:122	1:122	1:24	1:6	1:6	1:6	1:17
5 JAWA	242	1412222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
6 SUMATERA SELATAN	462	6222222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
7 SEKELUPU	242	324244	1:24	1:6	1:124	1:124	1:27	1:20	1:20	1:20	1:12
8 LAMPUNG	462	4217042	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
9 KEPULAUAN BANGKALANTUNG	122	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
10 KEPULAUAN BAWA	122	2212222	1:24	1:6	1:124	1:124	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
11 DIANKAYA	272	1212222	1:42	1:12	1:224	1:224	1:24	1:6	1:6	1:6	1:22
12 JAWA BARAT	222	4222222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
13 JAWA TENGAH	222	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
14 DIANKAYA	222	2212222	1:42	1:12	1:224	1:224	1:24	1:6	1:6	1:6	1:22
15 JAWA TIMUR	222	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
16 BANTEN	222	1:222222	1:24	1:6	1:124	1:124	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
17 BAWA	242	4212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
18 KALIMANTAN BARAT	222	4222222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
19 KALIMANTAN UTARA	422	2212222	1:24	1:6	1:124	1:124	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
20 KALIMANTAN SELATAN	222	4222222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
21 KALIMANTAN TENGAH	222	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
22 KALIMANTAN SELATAN	222	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
23 KALIMANTAN UTARA	72	641936	1:42	1:9	1:301	1:143	1:37	1:36	1:36	1:36	1:12
24 SULAWESI UTARA	222	2412222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:24	1:22	1:22	1:22	1:12
25 SULAWESI TENGAH	222	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
26 SULAWESI SELATAN	242	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
27 SULAWESI SELATAN	242	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
28 SULAWESI TENGAH	222	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
29 GORONTALO	122	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
30 SULAWESI BARAT	122	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
31 MALUKU	222	2212222	1:24	1:6	1:124	1:124	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
32 MALUKU UTARA	122	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
33 PAPUA BARAT	222	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12
34 PAPUA	222	2212222	1:22	1:6	1:122	1:122	1:22	1:22	1:22	1:22	1:12

Sumber : http://bppsmdk.kemkes.go.id/info_sdmk/2015.

Dari hasil tersebut dijelaskan beberapa daerah yang memiliki fasilitas kesehatan terkecil diantaranya adalah kepulauan Bangka Belitung memiliki 132 faskes dengan jumlah penduduk 1372813 dengan perbandingan dokter umum 1:29 orang yang artinya 1 orang dokter melayani 29 orang perhari, lalu dokter gigi 1 : 6, perawat 1 : 227, bidan 1: 86 , farmasi 1: 29 , kesehatan masyarakat 1: 16 , keseling 1: 9, gizi 1:12 dan laboratorat 1:19. Sedangkan Kalimantan utara memiliki 78 faskes dengan jumlah penduduk 641936 dengan rasio dokter umum 1 : 42 , dokter gigi 1 : 9, perawat 1: 301, bidan 1: 143 , farmasi 1 : 37, kesehatan masyarakat 1:36, kesling 1: 14, gizi 1: 19 , labrat 1: 16. Sedangkan untuk

wilayah di Jakarta memiliki 2766 faskes dengan jumlah penduduk 10178924 memiliki jumlah rasio dokter umum 1 : 42 , dokter gigi 1:12, perawat 1: 254, bidan 1: 50 , farmasi 1: 74, kesehatan masyarakat 1: 6, kesling 1: 5, gizi 1: 12, dan laborat 1:22. Untuk wilayah Jawa Tengah dengan memiliki 3157 faskes dengan jumlah penduduk 33774141, memiliki rasio 1: 15 untuk dokter umum, dokter gigi 1: 4, perawat 1:119, bidan 1: 62, farmasi 1: 19, kesmas 1: 5 , kesling 1:4, gizi 1:6 dan laborat 1:10. Dari data diatas hal yang paling banyak dibutuhkan adalah tenaga profesi perawat dimana dengan satu orang perawat harus memberikan pelayanan kepada hampir dua ratus pasien perhari, dimana jumlah tersebut sangat tidak seimbang dengan jumlah pasien sebanyak itu. Selain itu untuk meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan Kesehatan diperlukan tenaga medis yang salah satunya adalah dokter yang cukup. Gambar mengenai kecukupan tenaga dokter dalam satu wilayah dapat diukur dengan menggunakan jumlah dokter per 100.000 penduduk (ratio tenaga dokter terhadap 100.000 penduduk). Ratio tenaga dokter yang bekerja di tenaga kesehatan terhadap 100.000 Penduduk sampai dengan tahun 2009 adalah 40 orang yang berarti setiap 100.000 penduduk ada 10,70 dokter memberikan pelayanan medis setiap 100.000 penduduk. Dan pada tahun 2010 jumlah dokter sebanyak 46 orang yang artinya 100.000 penduduk ada 12,24 dokter yang melayani. Masih jauh dibawah target yang diharapkan.

Tabel 1.5 Jumlah Terbesar dan terkecil Rasio antara petugas kesehatan dengan jumlah penduduk di Indonesia per 100.000 penduduk per provinsi

No.	Nama Provinsi	Jumlah Fasyakes	Jumlah Penduduk	Dokter Umum	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Farmasi	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Lingkungan	Gizi	Arti Teknologi Laboratorium
1	KEPULAUAN BANGKALAN	131	1372813	1:29	1:6	1:227	1:86	1:29	1:15	1:9	1:12	1:19
2	DKI JAKARTA	2766	10178924	1:42	1:12	1:254	1:50	1:74	1:6	1:5	1:12	1:22
3	JAWA TENGAH	3157	33774141	1:15	1:4	1:119	1:62	1:19	1:5	1:4	1:6	1:10
4	KALIMANTAN UTARA	78	641206	1:42	1:9	1:301	1:143	1:37	1:35	1:14	1:19	1:15
5	GORONTALO	131	1133237	1:28	1:4	1:171	1:108	1:22	1:37	1:17	1:30	1:7

Sumber : http://bppsdmk.kemkes.go.id/info_sdmk/2015

Pada tahun 2012 jumlah dokter sebanyak 38 orang yang artinya 100.000 penduduk 9,97 dokter yang melayani, masih jauh dibawah yang di harapkan. Sedangkan menurut perhitungan nasional rata-rata pada akhir 2012 harus ada 40 dokter setiap 100.000 penduduk (<http://dinkes.batubarakab.go.id>). Salah satu contoh lainnya Jumlah tenaga perawat kesehatan memegang peranan yang sangat penting dalam rangka meningkatkan perawatan kesehatan masyarakat, dikarenakan seorang perawat pada umumnya memberikan pelayanan langsung baik kuratif maupun preventif. Jumlah tenaga perawat per 100.000 penduduk dapat memberikan gambaran tentang pendistribusian tenaga perawatan dalam suatu wilayah kerja. Jumlah tenaga perawat kesehatan per 100.000 penduduk di Kabupaten Batu Bara rasionya adalah sebesar 60,10 orang sedangkan kebutuhan tenaga perawatan diperhitungkan cukup bila berada pada posisi 117 per 100.000 penduduk menjelang Indonesia Sehat 2012. Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak di unit pelayanan kesehatan terdepan diperlukan pendistribusian tenaga bidan yang cukup. Gambaran tingkat kecukupan tenaga bidan dapat ditunjukkan dengan jumlah bidan per 100.000 penduduk, menurut indikator 2012 rata-rata bidan per 100.000 penduduk adalah 100, sedangkan Ratio tenaga bidan per 100.000 penduduk di Kabupaten Batu Bara adalah 116,27 orang yang berarti telah mencukupi angka kebutuhan Indonesia sehat 2012.

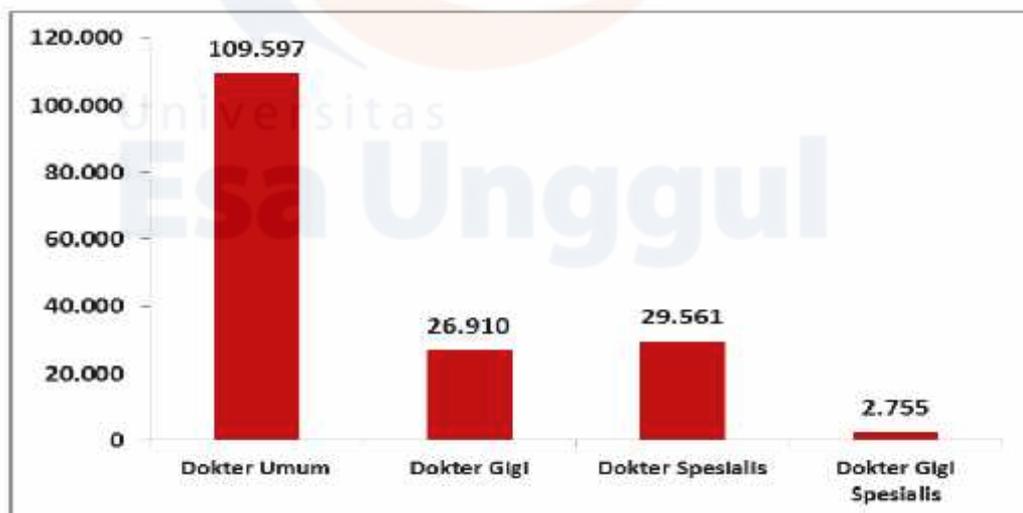
Indikator Sumberdaya Kesehatan terdiri atas Rasio Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Keluarga, Dokter Gigi, Apoteker, Bidan, Perawat, Ahli Gizi, Ahli Sanitasi, dan Ahli Kesehatan Masyarakat masing-masing per 100.000 penduduk. Kecukupan tenaga kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan merupakan hal fundamental yang harus mendapatkan perhatian dikarenakan tenaga kesehatan sebagai unsur utama di dalam manajemen kesehatan. Keberadaan tenaga kesehatan di Kabupaten Batu Bara dapat digambarkan pada beberapa indikator yang dapat dilihat pada Tabel berikut :

Tabel 1.6 Rasio Keberadaan tenaga kesehatan di Kabupaten Batu Bara

NO	TAHUN	JUMLAH		RATIO	TARGET 2012
		NOMERATOR	DENOMERATOR		
1	Ratio Dokter per 100.000 penduduk	38	381,023	9.97	40
2	Ratio Dokter Umum Pusk. per Pusk.	35	13	2.69	2
3	Ratio Dokter Gigi Pusk. per Pusk.	15	13	1.15	2
4	Ratio Bidan per 100.000 Penduduk	443	381,023	116.27	100
5	Ratio Perawat per 100.000 Penduduk	229	381,023	60.10	117

Sumber : <http://dinkes.batubarakab.go.id/sumber-daya-kesehatan>

Registrasi tenaga medis dikelola oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Registrasi dokter dan dokter gigi diatur dalam peraturan konsil kedokteran Indonesia Nomor 6 Tahun 2011 tentang registrasi dokter dan dokter gigi. Registrasi dimaksudkan untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi. Selain itu dengan adanya registrasi, KKI memiliki pencatatan resmi terhadap dokter dan dokter gigi yang telah memiliki sertifikat kompetensi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lainnya.

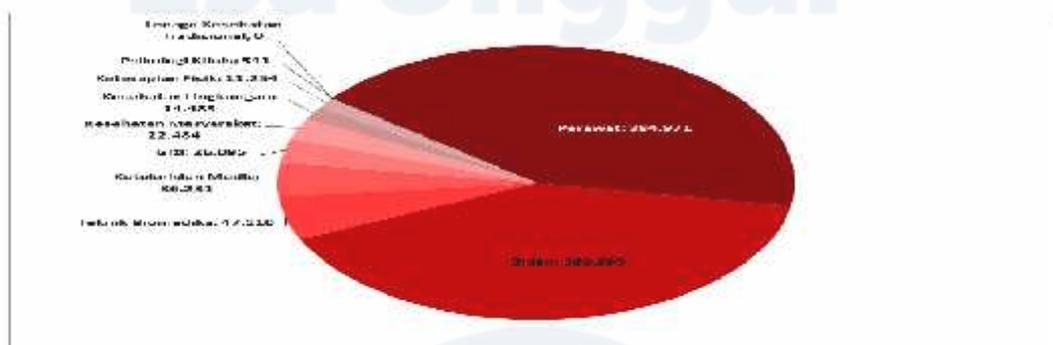


Gambar 1.29 Jumlah Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, dan Dokter Gigi Spesialis yang memiliki STR per 31 Desember 2015

Sumber: Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Dapat dilihat pada gambar 1.29, data dokter umum dan dokter gigi merupakan data kumulatif dari awal tahun pengumpulan data STR di tahun 2006 sedangkan data dokter spesialis dan dokter gigi spesialis merupakan data daftar ulang STR selama lima tahun terakhir. Dari penyajian data yang tertera pada gambar 1.33, maka dapat dilihat jumlah tenaga medis yang telah memiliki STR per 31 Desember 2015 sebanyak 168.823 orang yang terdiri dari 109.597 orang dokter umum, 26.910 orang dokter gigi, 29.561 orang dokter spesialis, dan 2.755 orang dokter gigi spesialis. Walaupun jumlah dokter umum yang memiliki STR sebanyak 109.597 orang, tetapi dari angka tersebut, tidak semua bekerja sesuai fungsinya, yaitu di pelayanan medis. Hal ini merupakan salah satu penyebab persebaran dokter yang kurang merata dan adanya kekurangan dokter di fasilitas pelayanan kesehatan di beberapa provinsi.

Menurut peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889 Tahun 2011 tentang registrasi, izin praktik, dan izin kerja tenaga kefarmasian. Tenaga kefarmasian adalah tenaga yang melakukan pekerjaan kefarmasian yang terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker. Sedangkan tenaga teknis kefarmasian adalah tenaga yang membantu apoteker dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas sarjana farmasi, ahli madya farmasi, analis farmasi dan tenaga menengah farmasi/asisten apoteker. Pada pasal 2 di peraturan yang sama disebutkan bahwa setiap tenaga kefarmasian yang menjalankan pekerjaan kefarmasian wajib memiliki STR.



Gambar 1.30 Jumlah Tenaga Kesehatan yang Memiliki STR menurut Rumpun Tenaga Kesehatan hingga Tahun 2015

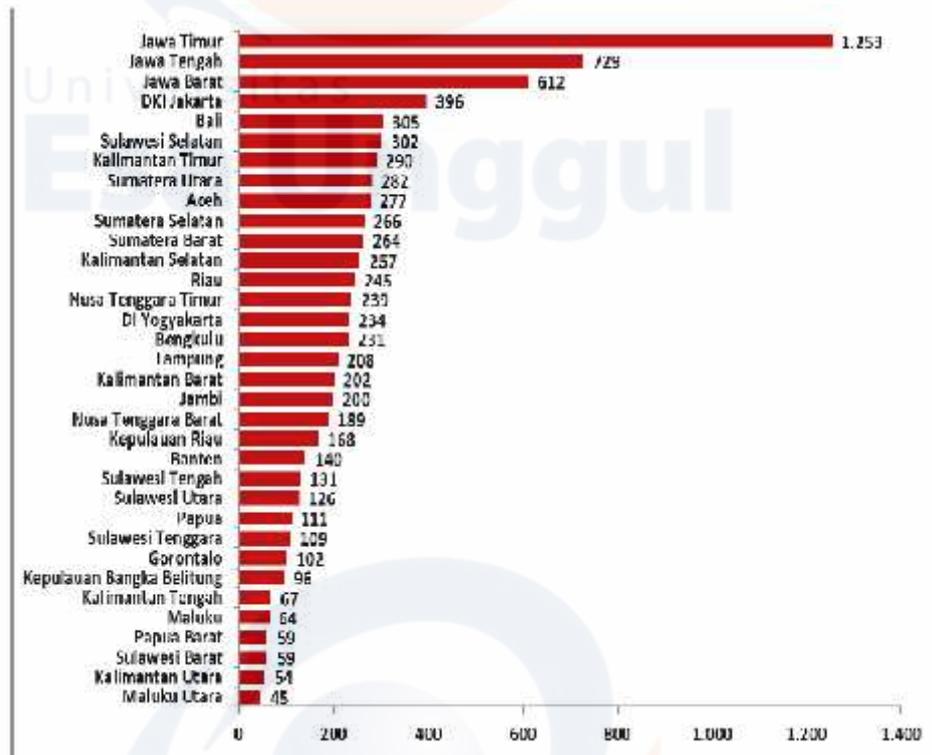
Sumber: Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia, Kemenkes RI, 2017(<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Selain tenaga kesehatan diatas yang ada pada Gambar 1.30, peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2013 tentang registrasi tenaga kesehatan pasal 8 menyatakan bahwa tenaga kesehatan warga negara asing atau tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang akan melakukan profesi atau vokasinya di Indonesia harus memiliki sertifikat kompetensi atau pengakuan kompetensi dari institusi pendidikannya yang dilegalisasi oleh pejabat yang berwenang dari negara asal. Tenaga kesehatan ini harus mengikuti evaluasi kompetensi dan memiliki STR sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 299 Tahun 2010 tentang penyelenggaraan program internship dan penempatan dokter pasca internship menjelaskan bahwa internship adalah proses pematapan mutu profesi dokter untuk menerapkan kompetensi yang diperoleh selama Pendidikan secara terintegrasi, komprehensif, mandiri, serta menggunakan pendekatan kedokteran keluarga, dalam rangka pemahiran dan penyelarasan antara hasil Pendidikan dengan praktik di lapangan. Penempatan dokter program internship di fasilitas pelayanan kesehatan perlu disinergikan dengan program pemerintah dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan.

Peserta program internship adalah dokter yang baru lulus program studi Pendidikan dokter berbasis kompetensi yang akan menjalankan praktik kedokteran dan/atau mengikuti Pendidikan dokter spesialis. Dokter peserta program intership harus memiliki STR untuk kewenangan internship yang dikeluarkan oleh KKI dan Surat Izin Praktek (SIP) internship yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kabupaten/Kota. STR untuk kewenangan internship dan SIP internship hanya berlaku selama menjalani internship.

Program internship terdiri dari program internship ikatan dinas dan program internship mandiri. Dokter peserta program internship ikatan dinas ditempatkan selama satu tahun dan wajib melaksanakan tugas pasca internship di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditunjuk Kementerian Kesehatan.



Gambar 1.31 Jumlah Dokter Peserta Internsip Tahun 2015

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

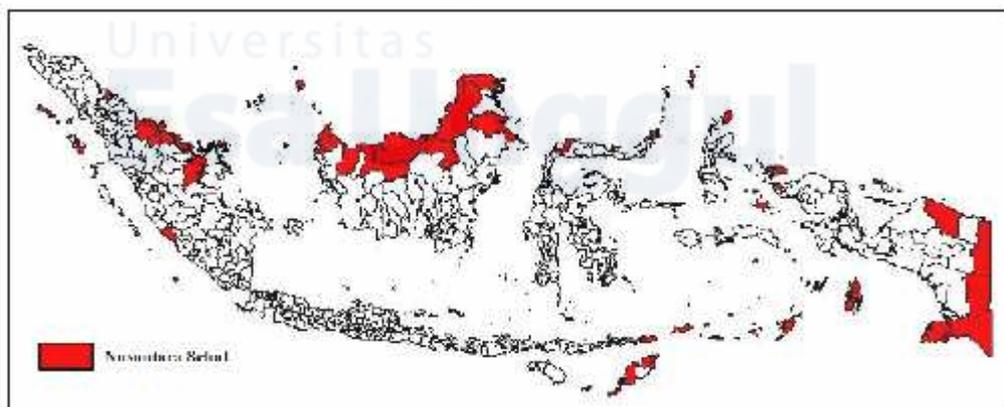
Pemberangkatan dokter peserta internsip dilakukan sebanyak empat kali dalam satu tahun. Pada gambar 1.31 dijelaskan bahwa pada tahun 2015, jumlah dokter peserta internsip yang diberangkatkan pada bulan Februari sebanyak 2.286 orang, bulan Mei sebanyak 2.158 orang, bulan Oktober sebanyak 378 orang, dan bulan November sebanyak 3.490 orang. Provinsi dengan jumlah dokter peserta internsip tertinggi yaitu Jawa Timur (1.253 orang) dan provinsi dengan jumlah dokter peserta internsip terendah yaitu Maluku Utara (45 orang).

Program penugasan khusus yang baru diluncurkan pada tahun 2015 adalah penugasan khusus tenaga kesehatan berbasis tim (*team based*). Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan nomor 23 Tahun 2015 tentang penugasan khusus tenaga kesehatan berbasis Tim (*Team Based*) dalam mendukung program nusantara sehat, penugasan khusus ini merupakan pendayagunaan secara khusus tenaga kesehatan berbasis tim dalam kurun waktu tertentu dengan jumlah dan jenis tertentu guna meningkatkan akses dan mutu

pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, dan daerah bermasalah kesehatan.

Tujuan dari program penugasan khusus ini yaitu: Pertama, memberikan pelayanan kesehatan untuk menjangkau *remote area*. Kedua, menjaga keberlangsungan pelayanan kesehatan. Ketiga menangani masalah kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerah. Keempat meningkatkan retensi tenaga kesehatan yang bertugas. Kelima, menggerakkan pemberdayaan masyarakat. Keenam, pelayanan terintegrasi. Ketujuh, peningkatan dan pemerataan pelayanan.

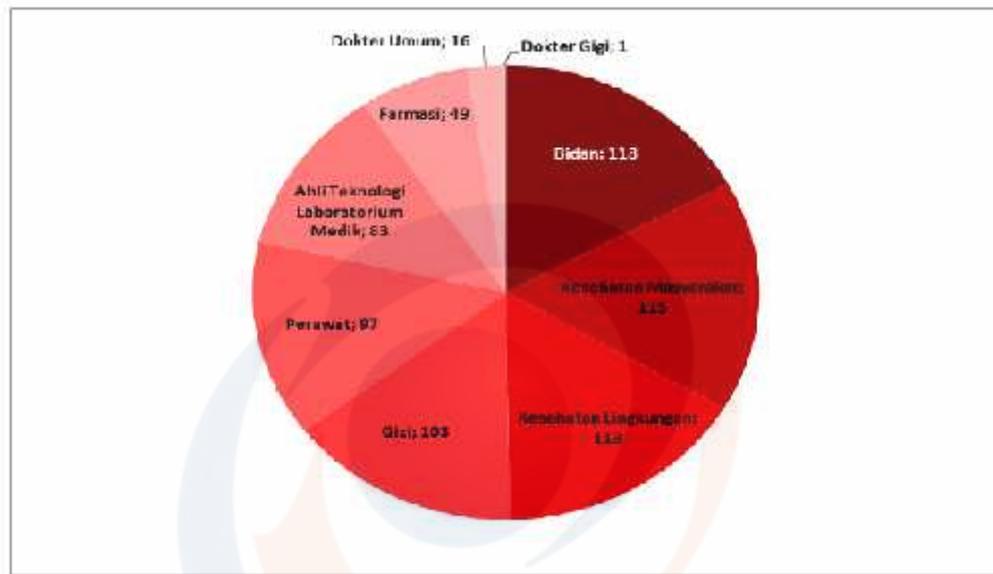
Tenaga kesehatan dalam penugasan khusus berbasis tim dalam mendukung program Nusantara Sehat minimal terdiri dari lima jenis tenaga kesehatan, yaitu dokter, perawat, bidan, dan dua tenaga kesehatan lainnya (dokter gigi, tenaga gizi, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan masyarakat). Masa penugasan khusus berbasis tim adalah dua tahun. Tim akan ditempatkan di puskesmas terutama dengan kriteria sangat terpencil di wilayah DTPK dan/atau DBK. Pemerintah daerah dapat memberdayakan tenaga kesehatan pasca penugasan khusus ini berdasarkan kompetensi, standar ketenagaan, dan kebutuhan daerah sehingga tercapai kemandirian pemenuhan tenaga kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



Gambar 1.32 Kabupaten/Kota Penempatan Khusus Nusantara Sehat Tahun 2015

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Pada tahun 2015, telah dilaksanakan penugasan khusus berbasis tim dengan dua periode keberangkatan. Periode pertama yang dilaksanakan pada bulan Mei 2015 memberangkatkan 142 orang tenaga kesehatan yang telah lulus seleksi dan ditempatkan di 19 kabupaten dengan total penempatan 20 Puskesmas. Periode kedua dilaksanakan pada bulan Desember 2015 dengan 553 orang tenaga kesehatan dan ditempatkan di 46 kabupaten dengan total 100 puskesmas.



Gambar 1.33 Jumlah Penempatan Tenaga Kesehatan pada Tim Nusantara Sehat tahun 2015
 Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Berdasarkan Gambar 1.33, jenis tenaga yang paling banyak diberangkatkan adalah bidan (16,98%), tenaga kesehatan masyarakat (16,55%), dan tenaga kesehatan lingkungan (16,26%). Provinsi dengan jumlah penempatan tenaga kesehatan penugasan khusus berbasis tim terbanyak adalah NTT yaitu 162 orang dengan ditempatkan di 8 kabupaten dan 28 Puskesmas. Provinsi dengan jumlah penempatan tenaga kesehatan penugasan khusus berbasis tim paling sedikit adalah Sulawesi Tengah sebanyak 5 orang dan ditempatkan pada satu kabupaten dan satu Puskesmas. Maka dapat dijelaskan rekapitulasi dokter dan tenaga kesehatan dengan tabel di bawah ini:

Tabel 1.7 Rekapitulasi Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Provinsi

No.	Tenaga Kesehatan Menurut Provinsi	Jumlah (Orang)
1	Jawa Tengah	76.819
2	Jawa Timur	69.405
3	Jawa Barat	66.152
4	Kalimantan Utara	2.887

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017) dan Diolah Sendiri oleh Tim *Business Plan*

Pada Tabel 1.7, dapat dilihat hasil susunan rekapitulasi keseluruhan data kuantitatif terlihat bahwa jumlah tenaga kesehatan yang paling banyak berada di Jawa Tengah sebesar 76.819 orang sedangkan Kalimantan Utara memiliki tenaga kesehatan paling rendah sebanyak 2.887 orang.

Tabel 1.8 Rekapitulasi Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Profesi

No.	Tenaga Kesehatan	Jumlah (Orang)
1	Perawat	223.910
2	Tenaga kesehatan tradisional	6

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017) dan Diolah Sendiri oleh Tim *Business Plan*

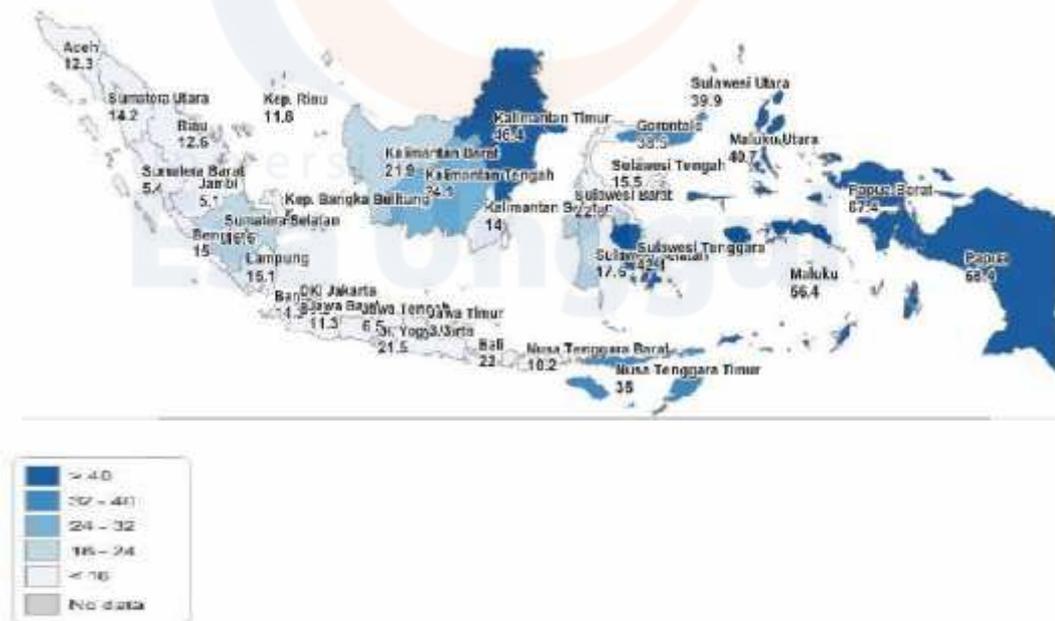
Rekapitulasi yang disusun dalam Tabel 1.8 dapat dilihat jumlah tenaga kesehatan menurut profesi terbanyak dipegang oleh Perawat sebanyak 223.910 orang, sedangkan tenaga kesehatan tradisional hanya berjumlah 6 orang di seluruh Indonesia.

Tabel 1.9 Rekapitulasi Jumlah Tenaga Medis Menurut Profesi

No.	Tenaga Medis	Jumlah (Orang)
1	Dokter spesialis	47.849
2	Dokter umum	41.026
3	Dokter gigi	11.686

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (<http://bppsdmk.kemkes.go.id>, diakses pada tanggal 14 Oktober 2017) dan Diolah Sendiri oleh Tim *Business Plan*

Menurut Tabel 1.9 rekapitulasi data jumlah tenaga medis yang kami susun kembali, dapat dilihat Dokter spesialis menduduki peringkat tertinggi di Indonesia sebanyak 47.849 orang, disusul oleh Dokter umum sebanyak 41.026 orang dan Dokter gigi hanya berjumlah 11.686 orang



Gambar 1.35 Peta Persebaran Bidan di Bawah Standar Ketenagaan di Puskesmas
Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK) Kementerian Kesehatan, 2014 (www.bppsdmk.kemkes.go.id, diakses pada tanggal 20 November 2017)

Bidan di bawah standar ketenagaan masih banyak terdapat di Puskesmas di wilayah Indonesia bagian Timur (provinsi dengan persentase bidan di bawah standar >40%) yang disajikan pada Gambar 1.35 di atas.

Tabel 1.11 Rasio Tenaga Kesehatan per 100,000 Penduduk di Indonesia Tahun 2012-2015

NO.	TIPE	2012	2013	2014	2015	KETERANGAN
A	Tenaga Kesehatan	232	274	229	253	Profil Kesehatan Indonesia, 2012-2015
1	Dokter spesialis	11	15	19	19	
2	Dokter umum	15	17	16	16	
3	Dokter gigi	5	5	5	5	
4	Perawat	96	116	94	88	
5	Bidan	53	55	50	44	
6	Farmasi	13	16	12	12	
7	Kesehatan masyarakat	-	-	10	12	
8	Kesehatan lingkungan	-	-	5	5	
9	Gizi	-	-	6	6	
10	Terapi fisik	-	-	2	2	
11	Teknisi medis	-	-	11	7	
B	Tenaga Penunjang Kesehatan	57	79	78	90	Profil Kesehatan Indonesia, 2012-2015
C	Total Sumber Daya Manusia Kesehatan	289	353	306	343	

Sumber: Kementerian Kesehatan RI, 2017 (www.depkes.go.id, diakses pada tanggal 22 November 2017)

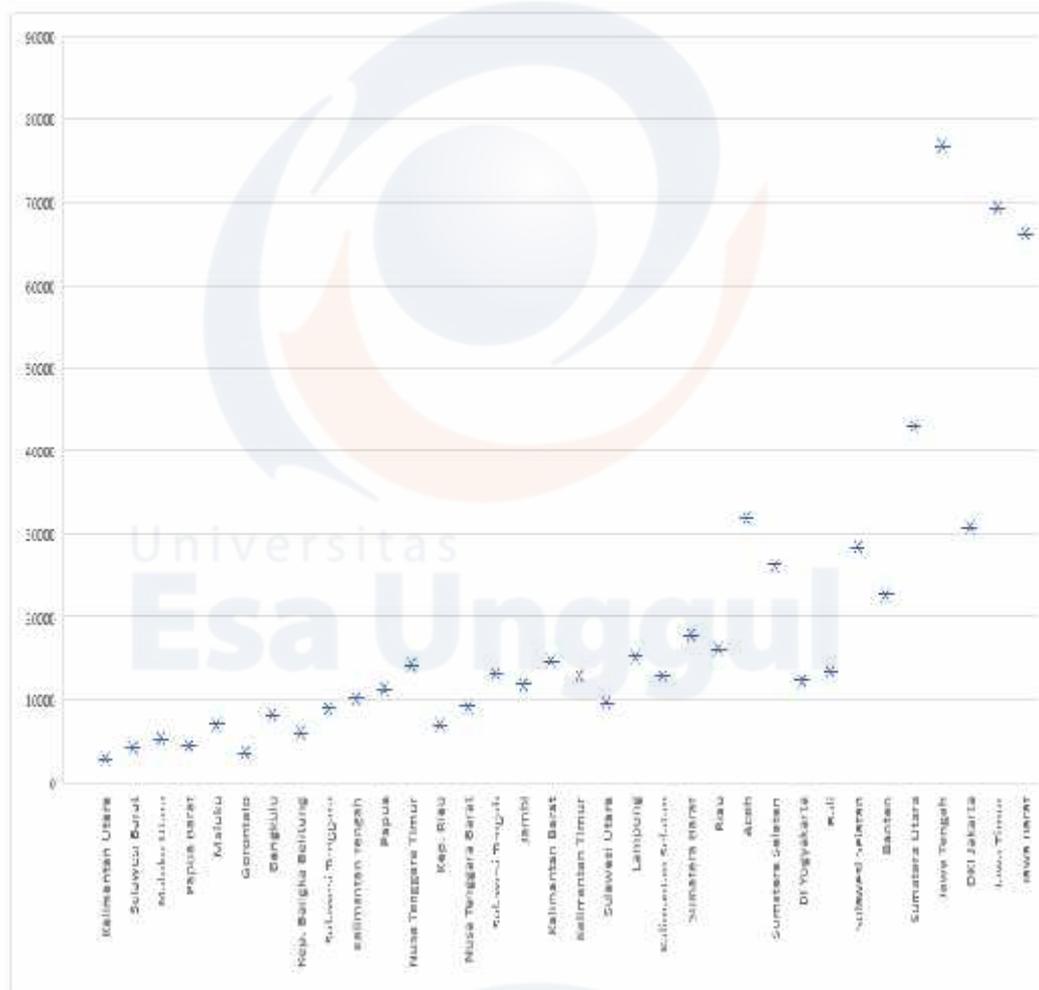
Dapat dilihat pada Tabel 1.11, total rasio tenaga kesehatan pada tahun 2012 sebesar 232 orang per 100,000 penduduk Indonesia dan naik sebesar 274 orang per 100,000 penduduk pada tahun 2013, namun terjadi penurunan kembali pada tahun 2014 sebesar 229 orang per 100,000 penduduk dan naik kembali sebesar 253 orang per 100,000 penduduk pada tahun 2015. Untuk total rasio tenaga penunjang kesehatan dapat dilihat pada tahun 2015 mengalami kenaikan sebesar 33orang yaitu rasio 90 orang per 100,000 penduduk dibandingkan pada tahun 2012 hanya sebesar 57 orang per 100,000 penduduk Indonesia.

Tabel 1.12 Data Sumber Daya Manusia Kesehatan yang Didayagunakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes)

No.	Nama Provinsi	Medis			Keperawatan			Tenaga Kesehatan Lainnya	Jumlah
		Dokter spesial	Dokter Umum	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Farmasi		
1	Kalimanta Utara	57	203	52	1.355	471	120	629	2.887
2	Sulawesi Barat	76	162	68	1.769	1.218	170	769	4.232
3	Maluku Utara	83	241	52	1.808	1.279	199	1.595	5.257
4	Papua Barat	114	217	41	1.449	456	149	2.065	4.491
5	Maluku	134	318	91	2.645	812	184	2.781	6.965
6	Gorontalo	144	249	44	1.086	725	225	1.088	3.561
7	Bengkulu	166	377	91	2.693	2.485	284	1.956	8.052
8	Kep. Bangka Belitung	176	335	86	2.397	925	266	1.786	5.971
9	Sulawesi Tenggara	184	384	116	2.724	1.096	389	4.034	8.927
10	Kalimantan Tengah	227	515	97	3.885	1.424	377	3.575	10.100
11	Papua	276	755	117	3.897	1.132	391	4.574	11.142
12	Nusa Tenggara Timur	354	676	153	4.896	1.900	615	5.637	14.231
13	Kep.Riau	360	528	137	2.401	985	231	2.310	6.952
14	Nusa Tenggara Barat	386	553	118	3.882	1.707	392	2.112	9.150
15	Sulawesi Tengah	393	520	110	4.033	1.419	556	6.097	13.128
16	Jambi	430	639	175	3.694	2.468	516	3.778	11.700
17	Kalimantan Barat	456	676	139	4.276	1.974	542	6.624	14.687
18	kalimantan Timur	544	858	242	6.412	2.225	716	1.905	12.902
19	Sulawesi Utara	644	945	87	3.432	789	428	3.157	9.482
20	Lampung	727	1.074	279	4.120	2.477	488	6.116	15.281
21	Kalimantan Selatan	728	706	169	3.992	1.873	505	4.868	12.841
22	Sumatra Barat	970	1.015	397	5.852	4.303	924	4.362	17.823
23	Riau	1.131	1.076	346	5.562	4.327	949	2.798	16.189
24	Aceh	1.322	1.550	282	8.421	6.217	1.165	13.011	31.968
25	Sumatra Selatan	1.414	1.199	250	9.068	7.021	1.059	6.226	26.237
26	DI Yogyakarta	1.513	1.039	326	4.516	977	689.689	3.184	701.244
27	Bali	1.749	1.154	309	4.178	1.823	406	3.814	13.433
28	Sulawesi Selatan	2.082	1.441	608	11.174	4.585	1.378	7.188	28.456
29	Banten	2.485	1.397	4.460	8.072	4.949	1.219	4.033	26.615
30	Sumatra Utara	3.697	3.324	910	10.009	8.758	1.478	14.915	43.091
31	Jawa Tengah	5.724	4.682	1.228	29.154	12.573	3.608	19.850	76.819
32	DKI Jakarta	5.726	2.645	952	11.729	2.159	2.629	4.959	30.799
33	Jawa Timur	6.146	4.457	1.482	27.047	14.499	3.839	11.935	69.405
34	Jawa Barat	7.231	5.116	1.672	22.282	9.705	3.243	16.903	66.152
	Indonesia	47.849	41.026	15.686	223.910	111.736	719.329	180.634	1.340.170

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (www.bppsdmk.kemkes.go.id, diakses pada tanggal 22 Novmeber 2017)

Dari tabel 1.12 dapat dilihat dengan menggunakan diagram *line* yang kami olah kembali pada gambar 1.36 agar dapat membandingkan perbedaan jumlah penyebaran sumber daya manusia kesehatan di fasilitas kesehatan di Indonesia. Dari hasil data yang kami olah kembali, maka dapat disimpulkan bahwa Jawa Tengah memiliki sumber daya manusia kesehatan terbanyak sejumlah 76,819 orang dibandingkan provinsi lainnya di Indonesia, disusul dengan Jawa Timur sejumlah 69,405 orang dan Jawa Barat sejumlah 66,152 orang, sedangkan untuk provinsi yang memiliki jumlah sumber daya manusia kesehatan terendah yaitu Kalimantan Utara sejumlah 2,887 orang.



Gambar 1.36 Diagram *Line* Data SDM Kesehatan yang Didayagunakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes)

Sumber: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan, Kemenkes RI, 2017 (www.bppsdmk.kemkes.go.id, diakses pada tanggal 22 November 2017)



Gambar 1.37 Daftar Peringkat Taraf Kesehatan di Dunia
Sumber: *who bloomberg* (diakses pada tanggal 1 Oktober 2017)

Salah satu tenaga kesehatan yang amat diperlukan di Indonesia adalah seorang dokter. Dokter sebagai garda terdepan untuk mengawal kesehatan memegang peranan penting untuk menentukan taraf kesehatan suatu negara. Kuantitas dan kualitas dokter tentu akan berdampak besar terhadap kesehatan masyarakat. Statistik pada gambar 1.37 menunjukkan bahwa negara-negara yang memiliki rasio dokter per populasi yang tinggi akan selalu diikuti dengan taraf kesehatan yang tinggi di negara tersebut. Indonesia, dengan tingkat taraf kesehatan menempati urutan no. 90 di dunia, memiliki rasio dokter per 1000 populasinya sebesar 0.204. Di sisi lain, Singapura dengan rasio dokter per 1000 populasinya sebesar 1.95 menempati tingkat taraf kesehatan no. 1 di dunia.



Gambar 1.38 Penyebaran Dokter di Indonesia
Sumber: *kki.go.id* (diakses pada tanggal 1 Oktober 2017)

Permasalahan distribusi dokter spesialis masih merupakan isu yang sampai saat ini masih ada dalam sistem kesehatan di dunia, tidak terkecuali Indonesia. Indonesia merupakan negara kepulauan terdiri dari pulau-pulau yang tersebar dari Sabang sampai Merauke. Pernyataan WHO di Indonesia dalam makalah Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2011-2025, pengembangan tenaga kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan untuk pelayanan/pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan terus membaik dalam jumlah, kualitas dan penyebarannya, namun masih belum memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.

Memiliki ciri geografis yang khusus antara daerah yang satu dengan daerah yang lainnya dan keadaan sosial ekonomi yang masih menunjukkan perbedaan yang sangat tinggi. Kementerian kesehatan dalam hal ini telah memberikan beberapa alternatif untuk mengajak dokter yang ada agar dapat tersebar merata di Indonesia dengan mengadakan program: Program *internship* dokter Indonesia (PIDI), Program Nusantara Sehat, Program wajib kerja bagi spesialis (WKDS), Bantuan biaya pendidikan PPDS/PPDGS. Namun hal tersebut belum mencukupi akan kebutuhan tersebut. Di Indonesia pengembangan sumber daya manusia merupakan salah satu prioritas dari delapan fokus prioritas pembangunan kesehatan dalam kurun waktu 2010 – 2014. Penetapan pengembangan sumber daya manusia kesehatan sebagai salah satu prioritas karena Indonesia masih menghadapi masalah tenaga kesehatan, baik jumlah, jenis, kualitas maupun distribusinya.

Bisnis dibidang kesehatan di Indonesia terlihat terus meningkat, diantaranya adalah Rumah Sakit, peralatan kesehatan, obat-obatan dan juga asuransi kesehatan. Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan terus mengalami pertumbuhan baik dari segi populasi rumah sakit, jumlah tempat tidur ataupun tingkat pelayanannya. Maraknya pengusaha terjun ke sektor industri rumah sakit karena melihat perkembangan jumlah pasien yang terus meningkat dan juga kebutuhan kualitas perawatan yang lebih prima.

Kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang lebih lengkap ini terindikasi dengan banyaknya pasien dari Indonesia yang berobat ke luar negeri. Sedangkan para dokter di Indonesia secara kapasitas dan kredibilitas serta keahlian tidak jauh berbeda dengan dokter-dokter yang ada di rumah sakit kelas tinggi di luar negeri. Dalam salah satu artikel kesehatan yang *metrotvnews.com* muat terdapat tulisan bahwa banyaknya pasien di Indonesia yang berobat ke luar negeri menyebabkan terjadi kerugian devisa bagi Indonesia. Data yang diterima dari Kementerian Kesehatan, potensi kerugian devisa negara sebanyak Rp 100 triliun per tahun. Sementara data dari BUMN menjelaskan total kerugian negara akibat banyaknya pasien Indonesia yang berobat ke luar negeri sebanyak Rp 60 triliun per tahun.

Ulasan tentang perkembangan populasi rumah sakit di Indonesia, baik yang dikelola pemerintah ataupun swasta. Selain itu juga diamati tentang perkembangan jumlah tempat tidur, perkembangan jumlah pasien dan juga perkembangan pendapatan rumah sakit. Selain tentang perkembangan industrinya, juga disertakan peraturan pemerintah untuk pendirian rumah sakit di Indonesia. Rasio jumlah penduduk Indonesia dengan jumlah tempat tidur di rumah sakit masih sangat besar jika dibandingkan dengan beberapa Negara lain. Dengan kondisi ini, maka peluang untuk mendirikan rumah sakit di Indonesia masih terbuka luas. Perkembangan jumlah rumah sakit di Indonesia menurut wilayah, sebagian besar masih terkonsentrasi di Pulau Jawa dimana tahun 2013 tercatat 1.162 unit dengan pertumbuhan rata-rata dalam lima tahun terakhir sebesar 11,78%. Sementara di urutan kedua adalah wilayah Sumatera dengan jumlah rumah sakit tahun 2013 sebanyak 511 unit dengan pertumbuhan rata-rata dalam lima tahun terakhir sebesar 7,35%, di urutan ketiga adalah wilayah Sulawesi sebanyak 194 unit rumah sakit dengan pertumbuhan rata-rata 9,92%, seperti terlihat pada tabel 1.13 berikut ini.

Tabel 1.13 Jumlah Rumah Sakit Menurut Wilayah dan Pertumbuhan

Wilayah	Jumlah RS Umum (unit)					Rata-rata pertahun (%)
	2009	2010	2011	2012	2013	
Sumatra	387	413	435	508	511	
Pertumbuhan, %		6,72	5,33	16,78	0,59	7,35
Jawa	752	799	841	1057	1162	
Pertumbuhan, %		6	5,26	25,68	9,93	11,78
Bali & Nusa Tenggara	82	89	94	117	121	
Pertumbuhan, %		8,54	5,62	24,47	3,42	10,51
Kalimantan	106	110	113	133	142	
Pertumbuhan, %		3,77	2,73	1770	6,77	7,74
Sulawesi	133	150	160	178	194	
Pertumbuhan, %		12,78	6,67	11,25	8,99	9,92
Wilayah	Jumlah RS Umum (unit)					Rata-rata pertahun (%)
	2009	2010	2011	2012	2013	
Maluku & Papua	63	71	78	90	96	
Pertumbuhan, %		12,70	9,86	15,38	6,67	11,15
Indonesia (33 Propinsi)	1.523	1.632	1721	2083	2226	
Pertumbuhan, %		7,16	5,45	21,03	6,87	10,13

Sumber: Ditjen Bina Upaya Kesehatan/ Kementerian Kesehatan

Sehingga untuk memenuhi akan pertumbuhan bisnis kesehatan dalam hal ini adalah sebuah pembuatan rumah sakit di Indonesia pemerintah melibatkan beberapa sektor swasta dalam pertumbuhan dan perkembangan rumah sakit di Indonesia. Salah satu perusahaan yang cukup besar dalam perkembangan dibisnis kesehatan yaitu PT Siloam International Hospital Tbk. dan PT Mitra Keluarga Karyasehat Tbk., dua pemain besar di sektor ini. Pasar rumah sakit di Indonesia utamanya didorong oleh pertumbuhan jumlah penduduk. Berdasarkan proyeksi populasi Indonesia, penduduk berusia 65 tahun ke atas akan mencapai 17 juta pada 2020. Lebih menarik lagi, usia 15 tahun-64 tahun diprediksi mencapai 184 juta pada 2020. Jumlah penduduk di rentang usia ini bertambah 17 juta sejak 2013. Sementara itu, usia 0 tahun sampai 14 tahun diproyeksi bertambah dari 2 juta

orang menjadi 71 juta pada 2020. Kondisi tersebut akan menciptakan pasar permintaan layanan kesehatan yang potensial. Umur produktif (25 tahun-54 tahun) yang mendominasi jumlah penduduk yakni 42,31%, serta rentang remaja hingga dewasa (15 tahun-24 tahun) sebanyak 17,07% juga bakal berefek positif bagi perkembangan industri rumah sakit. Pertambahan penduduk usia muda atau produktif dapat mendorong peningkatan angka *disposable income* dan belanja kesehatan.

Pada 2020, angka pendapatan tahunan yang dapat dibelanjakan (*annual disposable income*) diperkirakan US\$750 miliar, naik 53% dari 2013. Secara khusus, total pengeluaran untuk layanan kesehatan terus meningkat. Pertumbuhan permintaan layanan kesehatan akan terus naik dibarengi angka harapan hidup. Disisi lain, pertumbuhan belanja kesehatan yang terjadi selama ini ternyata tidak sejalan dengan pertumbuhan ekonomi. Terlepas dari tingkat daya beli yang sempat naik saat ekonomi bertumbuh, ternyata tidak secara langsung mendorong kenaikan alokasi belanja kesehatan. Untuk PT Siloam International Hospital Tbk, emiten berkode saham SILO itu bakal bertumbuh stabil. Hal ini mengingat SILO didukung oleh Grup Lippo yang membuatnya menjadi penyedia layanan rumah sakit terbesar di Indonesia. Ditambah lagi, ekspansi berkelanjutan yang akan dilakukan termasuk program JKN.

Tabel 1.14 Kinerja PT Siloam International Hospital (SILO) dan PT Mitra Keluarga Karya Kesehatan Tbk.

Uraian	2014		2015*		2016*		2017*	
	SILO	MIKA	SILO	MIKA	SILO	MIKA	SILO	MIKA
Pendapatan	3.341	1.946	4.040	2.075	5.189	2.238	6.694	2.441
EBITDA	453	924	531	1.015	639	1.162	771	1.288
Laba bersih	60	534	75	572	98	628	124	694
EPS (Rp)	52	37	65	39	84	43	1.107	48
DPS (Rp)	-	32	4,8	10	7,1	11	10	12
EV/EBITDA (x)	23,5	23,5	19,3	19,3	16,2	16,2	13,7	13,7
PER (x)	173,3	58,0	138,4	54,2	106,0	49,4	83,6	44,7
PBV (x)	6,3	17,2	5,4	9,3	4,5	8,5	3,7	7,8

Sumber: Market Bisnis Indonesia, Jasa Kesehatan: Membedah Prospek Bisnis Rumah Sakit (<http://market.bisnis.com/read/20160303/191/524802/jasa-kesehatan-membedah-prospek-bisnis-rumah-sakit> diakses pada tanggal 14 Oktober 2017)

Keterangan: *Estimasi EBITDA: *earning before interest, taxes, depreciation, and amortization* (laba sebelum bunga, pajak, depresiasi, dan amortisasi), EPS: *earnings per share* (laba per saham), DPS: *dividend per share* (dividen per saham), EV/EBITDA: seluruh nilai perusahaan dalam market value terhadap EBITDA, PER: *price earningratio* (perbandingan antara harga saham dengan laba bersih perusahaan), PBV: *price to book value* (harga saham dibandingkandengan nilai ekuitas per saham).

Dengan pangsa pasar yang dikuasai SILO melalui jaringan rumah sakit yang tidak dapat ditandingi oleh pesaingnya, SILO akan menjadi penerima benefit dari potensi pertumbuhan permintaan jasa kesehatan ke depan. Per 30 September 2015, SILO mengoperasikan 20 rumah sakit di 14 kota. Jumlah rumah sakit ditargetkan mencapai 50 unit pada akhir 2017, tersebar di 25 kota. Total tempat tidur ditargetkan mencapai 10.000 unit dan diperkirakan mampu melayani 15 juta pasien tiap tahun.

Menurut artikel Market Bisnis, sejumlah katalis mampu mengungkit pertumbuhan sector jasa kesehatan. Dari sisi infrastruktur, rata-rata pertumbuhan jumlah rumah sakit di Indonesia pada 2011-2014 sebesar 10,94%. Pertumbuhan

massif terjadi pada rumah sakit swasta, yakni 34,12% sedangkan rumah sakit umum cuma 4,18%.

Penguasaan pasar dan jaringan yang tersebar luas didukung oleh kekuatan grup usaha mendorong Samuel Sekuritas memberikan sudut pandang positif untuk SILO ke depan. Sehingga dalam perkembangannya dibutuhkanlah sumber daya manusia yang akan mendukung operasional perkembangan rumah sakit yang baru. Dalam hal ini garda terdepan dalam fasilitas kesehatan adalah seorang dokter profesional.

Dokter dicetak melalui proses panjang, proses yang dinamakan dengan pendidikan dokter. Saat ini, pendidikan tersebut memiliki rentang waktu antara 5.5 sampai dengan 6 tahun hingga akhirnya dapat menyanggah gelar dokter. Jalan panjang tersebut tidak mudah, banyak fase-fase yang harus dilalui oleh seorang mahasiswa kedokteran hingga sampai pada saat hari ia menjalankan sumpah dokter. Mulai dari fase pre-klinik di kampus kesayangan mereka masing-masing, lalu lanjut ke fase klinik di rumah sakit-rumah sakit mitra universitas mereka, hingga fase terakhir yaitu *internship*, kemudian barulah dokter muda ini bisa “bekerja” secara mandiri.



Gambar 1.39 Registrasi Zona Wilayah

Sumber: www.kki.go.id (diakses pada tanggal 1 Oktober 2017)

Dapat dilihat pada gambar 1.39, terkonsentrasinya dokter di bagian barat Indonesia, terutama di pulau Jawa mengakibatkan seorang dokter yang bertugas di

bagian timur Indonesia bisa jadi bertanggung jawab atas lebih dari 2.320 orang dan seorang dokter spesialis lebih dari 8.540 orang. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa salah satu permasalahannya adalah keterbatasan jumlah dokter terutama dokter spesialis di daerah karena penyebaran dokter yang tidak merata di Indonesia. Guna memenuhi kebutuhan akan tenaga medis dan kesehatan tersebut, perusahaan kami membuat sebuah platform yang terhubung dengan internet berupa website bertujuan agar latar belakang masalah distribusi dokter spesialis di seluruh Indonesia dapat terpecahkan.

Kami melihat begitu pesatnya perkembangan teknologi informasi di era *digital marketing* di abad ke-21 ini, banyak hal yang dapat dilakukan para pengguna internet di dunia maya dengan beberapa perangkat yang dapat dipakai tersaji pada Gambar 1.39. Perangkat mobile yang digunakan untuk melakukan selancar internet sebesar 47.6%, *mobile* dan komputer sebesar 50.7%, dan komputer yang digunakan sebagai perangkat yang dipakai untuk berselancar di dunia internet sebanyak 1.7%. Namun kami berpikir secara bijak dalam penggunaan teknologi informasi dan kami pun memanfaatkan perilaku pengguna internet Indonesia dalam menciptakan sebuah platform.



Gambar 1.40 Perilaku Pengguna Internet Indonesia

Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia, *Survey* 2016

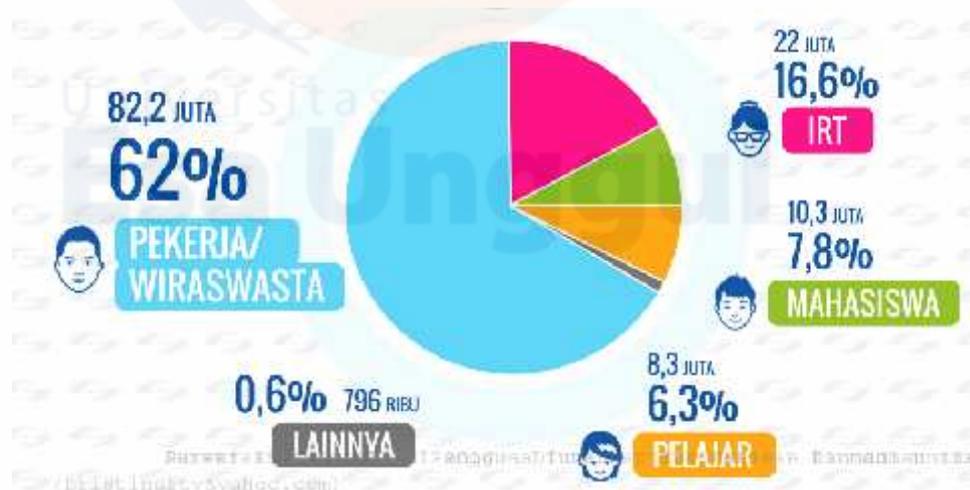
(<https://apjii.or.id/survei2017>, diakses pada tanggal 25 November 2017)



Gambar 1.41 Perilaku Pengguna Internet Indonesia

Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia, Survey 2016
(<https://apjii.or.id/survei2017>, diakses pada tanggal 25 November 2017)

Menurut *survey* Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII), terdapat 132,7 juta pengguna internet pada tahun 2016 yang dapat dilihat pada gambar 1.41 dengan pembagian komposisi pengguna internet Indonesia berdasarkan usia. Sebanyak 38,7 juta pengguna internet tertinggi berada pada usia 35-44 tahun, pada usia 25-34 tahun sebanyak 32,3 juta pengguna internet, pada usia 10-24 tahun sebanyak 24,4 juta pengguna internet, pada usia 45-54 tahun sebanyak 23,8 juta pengguna internet, dan pengguna internet terendah sebanyak 13,2 juta pada usia 55 tahun ke atas.



Gambar 1.42 Komposisi Pengguna Internet Indonesia berdasarkan Pekerjaan

Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia, Survey 2016
(<https://apjii.or.id/survei2017>, diakses pada tanggal 25 November 2017)

Kami pun memanfaatkan data komposisi pengguna internet Indonesia berdasarkan pekerjaan agar dapat mengetahui seberapa banyak perhatian pemirsa yang dapat kami raih untuk masuk ke dalam *website* kami dan menjadikan hal tersebut peluang usaha. Dapat dilihat pada gambar 1.42, sebanyak 82,2 juta pekerja/wiraswasta yang menggunakan internet, kemudian disusul oleh Ibu Rumah Tangga sebagai pengguna internet sebanyak 22 juta, sedangkan mahasiswa sebanyak 10,3 juta, pelajar sebanyak 8,3 juta dan pekerjaan lainnya hanya sebesar 796 ribu pengguna internet.



Gambar 1.43 Alasan Utama Mengakses Internet

Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia, *Survey* 2016
(<https://apjii.or.id/survei2017>, diakses pada tanggal 25 November 2017)

Visi *business plan* kami adalah menjadi penghubung dikalangan para tenaga kesehatan, tenaga medis dan perusahaan yang membutuhkan informasi terkait pekerjaan dan kesehatan. Melalui visi ini, kami pun mencari informasi apa saja alasan utama para pengguna internet Indonesia mengakses internet yang dapat dilihat pada gambar 1.43. Alasan utama terkuat para pengguna internet Indonesia mengakses internet yaitu meng-*update* informasi sebanyak 31,3 juta pengguna internet, kemudian sebanyak 27,6 juta pengguna internet memiliki alasan terkait mencari pekerjaan sehingga mereka mengakses internet. Alasan

utama berikutnya yaitu untuk mengisi waktu luang dilakukan oleh 17,9 juta pengguna internet, terdapat 13,6 juta pengguna internet melakukan akses internet untuk sosialisasi. Alasan utama pengguna akses internet lainnya yaitu terkait Pendidikan yang diakses oleh 12,2 juta pengguna internet, sebanyak 11,7 juta pengguna internet mengakses internet untuk hiburan, dan alasan utama yang terakhir adalah untuk bisnis, berdagang dan cari barang yang dilakukan oleh 10,4 juta pengguna internet.



Gambar 1.44 Konten Berita yang sering di Kunjungi

Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia, *Survey 2016* (<https://apjii.or.id/survei2017>, diakses pada tanggal 25 November 2017)



Gambar 1.45 Sebagai Tempat Menawarkan atau Mencari Barang dan Jasa

Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia, *Survey 2016* (<https://apjii.or.id/survei2017>, diakses pada tanggal 25 November 2017)

Dengan bantuan tim ahli teknologi informasi, kami menciptakan sebuah *platform* berupa *website* agar tenaga kesehatan dan medis yang telah mendaftar dapat mencari pekerjaan, bahkan perusahaan-perusahaan yang telah mendaftar pun dapat menggunakan *platform* perusahaan kami untuk mencari tenaga kesehatan dan medis. Melalui *website* yang perusahaan kami kembangkan, para anggota yang telah mendaftar dapat bertukar informasi mengenai kesehatan dan perkembangan ilmu kedokteran dan kesehatan dengan para dokter spesialis, sehingga pengetahuan para dokter umum pun makin bertambah. Melalui *web* ini, perusahaan kami menyediakan layanan menarik lainnya yaitu membagikan informasi terbaru mengenai perkembangan kesehatan, jadwal seminar, adanya toko obat online agar para tenaga medis dan tenaga kesehatan dapat memesan alat kesehatan maupun obat secara *online* apabila di daerah mereka tidak menyediakannya. Kemudian *web* kami pun memberikan reward bagi para dokter spesialis yang aktif membantu dan menjawab pertanyaan. Kami memiliki misi agar para tenaga kesehatan dan medis yang tersebar tidak merata tersebut mendapatkan perkembangan terbaru mengenai ilmu kesehatan dan kedokteran, dapat memberikan seminar online sehingga para tenaga medis dan kesehatan yang tersebar di daerah pun dapat mengetahui berita terkini mengenai kesehatan.

Website ini pun berguna bagi perusahaan yang ingin mencari tenaga kerja sesuai kualifikasi yang dibutuhkan, bahkan menguntungkan juga bagi perusahaan-perusahaan farmasi agar mereka dapat menjual produk mereka melalui *online*. Perusahaan kami membuat website dengan alamat www.medicalbank.com agar jarak dan waktu tidak menjadi batasan bagi para tenaga kesehatan, tenaga medis dan perusahaan-perusahaan mendapatkan informasi dan koneksi profesional.

Perusahaan yang mencari dan menawarkan pekerjaan kepada seorang dokter pastinya memakan waktu yang lama dalam mencari tenaga profesional dokter. Oleh karena itu, kami mencoba untuk mempermudah pencarian kebutuhan tenaga seorang dokter dengan membuat suatu aplikasi promosi dan pencarian dokter maupun tenaga kesehatan agar perusahaan dapat memilih dan dokter maupun tenaga kesehatan bisa mendapatkan pekerjaan. Kami bekerjasama dengan

para tenaga ahli teknologi informasi menciptakan aplikasi tersebut dengan nama cari dokter.

Selain itu era JKN juga menjadi sebuah hal dimana dokter dan tenaga kesehatan saat ini sangat diperlukan dalam melayani jumlah pasien yang terus meningkat selain itu terdapat beberapa permasalahan didalam era JKN saat ini. Sejak 2004, pemerintah Indonesia telah berupaya untuk membentuk suatu sistem jaminan kesehatan yang mencakup seluruh masyarakat Indonesia. Salah satu usaha yang ditempuh adalah dengan menggalakan program JKN yang dikelola oleh BPJS. Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) melalui mekanisme asuransi sosial tersebut agar pembiayaan kesehatan dapat dikendalikan sehingga keterjaminan pembiayaan kesehatan menjadi pasti dan terus menerus tersedia yang pada gilirannya sesuai dengan sila ke lima yaitu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sebelum JKN ada, asuransi sosial lain seperti Jamkesmas, Jamkesda, dan Askes telah berkontribusi. Selanjutnya, pemerintah akan mengalihkan kepesertaan Jaminan Kesehatan sebelumnya ke dalam JKN dimulai dengan dilakukan pengalihan peserta JPK Jamsostek, Jamkesmas, Askes PNS, TNI/Polri, ke BPJS Kesehatan. Peserta Jamkesmas yang nantinya akan menjadi peserta PBI berjumlah 86,4 juta jiwa, sehingga total ada 111,6 juta jiwa yang dikelola oleh BPJS Kesehatan pada tahun 2014. Diluar pengelolaan oleh BPJS kesehatan diperkirakan ada lebih dari 50 juta penduduk yang telah memiliki jaminan kesehatan tetapi dikelola oleh swasta. Selama periode 2014-2018, dilakukan promosi besar-besaran untuk menambah jumlah peserta JKN pada usaha besar, sedang, kecil dan mikro secara bertahap. Pada tahun 2019, ditargetkan seluruh penduduk Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan yang mampu melindungi dan menaikkan taraf kesehatan bangsa Indonesia.

JKN merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang merupakan kepanjangan dari Jaminan Kesehatan Nasional yang sistemnya menggunakan sistem asuransi. Sesuai Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dengan adanya JKN, maka seluruh masyarakat Indonesia akan dijamin kesehatannya. Dan juga kepesertaanya bersifat wajib tidak

terkecuali juga masyarakat tidak mampu karena metode pembiayaan kesehatan individu yang ditanggung pemerintah. JKN ini berlandaskan hukum pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran. Dan pada tahun 2013 dikeluarkan Peraturan Presiden RI No, 12 Tahun 2013 tentang jaminan Kesehatan, Peraturan Presiden No. 111 tahun 2013 tentang perubahan atas Peraturan Presiden RI No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, serta Peraturan Pemerintah RI No. 86 Tahun 2013 tentang tata cara pengenaan sanksi administratif kepada pemberi kerja selain penyelenggara negara dan setiap orang, selain pemberi kerja, pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dalam Penyelenggaraan Jaminan Nasional. Namun ada beberapa masalah dalam pengeloan untuk JKN salah satunya adalah tenaga dokter

Dokter yang melayani pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, kerap mengeluh soal tarifnya yang dibayar murah oleh pemerintah untuk tiap peserta. Direktur Gerakan Dokter Indonesia Bersatu, M Yadi Permana, mengatakan permasalahan tersebut menjadi salah satu pemicu minimnya pelayanan yang ideal. "Dokter dibayar Rp 2.000 per pasien, bahkan lebih murah dari parkir. Berikan tarif yang pantas sehingga pelayanan lebih baik," kata Yadi dalam diskusi "BPJS Kesehatan: Perlindungan atau Komersialisasi Kesehatan?" di kawasan Kuningan, Jakarta, Minggu (9/8). Yadi mengaku para dokter ingin bekerja sesuai dengan standar terbaik sehingga masyarakat dapat dilayani. Namun selama ini terhambat dengan adanya pembatasan dana kapitasi yang diberikan untuk tiap pasien. Upah memeriksa pasien BPJS tersebut diambil dari dana kapitasi. "BPJS tidak menentukan apakah pelayanan sesuai dengan medis atau tidak. Kalau dana kapitasi, itu bukan untuk dokter saja tapi juga obat-obatan, cek laboratorium sederhana, dan lainnya," ujarnya. Padahal, menurutnya, undang-undang memandatkan pemerintah menjamin kesehatan masyarakat. Merujuk data BPJS Kesehatan, besaran kapitasi yang saat ini ditetapkan terhadap fasilitas kesehatan primer adalah antara Rp 3 ribu hingga Rp 10 ribu untuk tiap jiwa per bulannya. Untuk pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), besaran kapitasnya adalah antara Rp 3 ribu hingga Rp 6 ribu. Sementara untuk dokter praktik

perorangan adalah Rp 8 ribu per jiwa. Adapun, klinik dengan fasilitas dokter gigi adalah sebesar Rp 10 ribu. Hal senada diucapkan oleh anggota DPR RI Komisi IX yang membidangi kesehatan, Siti Masrifah. Siti mengatakan kapasitas dan sarana serta prasarana fasilitas kesehatan seperti rumah sakit belum memadai. Dari hasil pelaporan konstituennya, terdapat penurunan fasilitas kesehatan terjadi akibat BPJS Kesehatan. "Penurunan fasilitas kesehatan dan tekor gara-gara BPJS. Ada beberapa rumah sakit yang dikunjungi Komisi IX dan tidak bisa menutupi biaya pengeluaran (untuk pasien BPJS)," ujar Siti dalam diskusi yang sama. Hingga Mei 2015, dari 2.396 rumah sakit yang ada di Indonesia, sekitar 1.739 rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dari total 1.739 rumah sakit tersebut, 600 di antaranya RS pemerintah.

Sementara itu, Siti meyakini hingga kini nihilnya petunjuk pelaksanaan dalam pemeriksaan pasien BPJS Kesehatan di rumah sakit. "Misal dokter memeriksa pasien harusnya komprehensif. Kalau BPJS bisa didiagnosis saja dulu, terus datang lagi kontrol untuk diagnosis kedua, kemudian kontrol lagi untuk ketiga," katanya. Dalam posisi tersebut, dokter tak banyak berkutik dengan dalih tak berani menyalahi aturan. Menanggapi permasalahan tersebut, pandangan kritis dituturkan pengamat kebijakan sosial Ah Maftuchan. Maftuchan berpendapat dokter dan penyedia jasa lainnya kerap kali setengah hati dalam melayani peserta BPJS. "Dokter misalnya yang dipermasalahkan Rp 2.000. Dokter tidak pernah berbicara berapa gaji, tunjangan, dan fasilitas lain yang diterima sebagai PNS (Pegawai Negeri Sipil)," tuturnya. Alhasil, ketika melayani pasien, Maftuchan menuding muncul keengganan. Untuk menghadapi tantangan tersebut, anggota dewan bakal membentuk panitia kerja (panja) dan mulai membahasnya kembali dalam sidang selanjutnya. "Tugas kami mendengar keluhan masyarakat, terutama untuk BPJS Kesehatan dan akan membentuk regulasi baru. Kami akan membawanya ke sidang," kata Siti.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari data dan hal tersebut dapat diambil sebuah analisa masalah antara lain sebagai berikut: (1) masalah infrastruktur yang belum merata dan kurang

memadai karena dari sekitar 9.599 puskesmas dan 2.184 rumah sakit yang ada di Indonesia, sebagian besar berpusat di kota-kota besar, (2) penyebaran jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan tidak merata antar daerah di beberapa wilayah Indonesia dimana tenaga kesehatan lebih banyak berpusat di Jawa Tengah sebanyak 76.819 orang sedangkan Kalimantan Utara hanya sebanyak 2.887 orang; jumlah tenaga kesehatan Perawat lebih banyak sebesar 223.910 orang dibandingkan tenaga kesehatan tradisional hanya sebanyak 6 orang di seluruh Indonesia; kemudian tenaga medis yang paling banyak tersebar di Indonesia yaitu dokter spesialis sebesar 47.849 orang sedangkan dokter gigi hanya 11.686 orang; dan penyebaran para tenaga medis di Indonesia berpusat di Jawa Barat sebesar 14.272 orang, jumlah tersebut berbeda jauh dengan penyebaran tenaga medis di Sulawesi Barat hanya sebanyak 310 orang, selain itu akibat penyebaran yang kurang merata mengakibatkan informasi yang masyarakat dapat mengenai kesehatan juga kurang merata. (3) adanya hubungan kerjasama yang tidak merata antara perusahaan dengan tenaga kesehatan dan medis, dan (4) masalah pendanaan, pada tahun 2014 pemerintah mengalokasikan dana sebesar 2% dari APBN untuk bidang kesehatan. Sedangkan undang –undang kesehatan nomor 36/2009 mengamankan dana kesehatan sebesar 5% dari APBN. Dari hal tersebut mengakibatkan pelayanan kesehatan seperti klinik, rumah sakit bahkan industri kesehatan seperti perusahaan farmasi sulit dalam mendapatkan dokter dan tenaga kesehatan. Ditambah dengan infrastruktur dan pengembangan yang dilakukan pemerintah terkesan lambat dalam hal fasilitas kesehatan seperti rumah sakit dan lainnya, dan perizinan yang terlalu panjang dan sulit dalam membuat sebuah rumah sakit baru membuat para pembisnis swasta enggan melihat bisnis tersebut.

Dapat dilihat dari data yang telah dipaparkan diatas juga, bahwa jumlah tenaga kesehatan terhadap fasilitas kesehatan dokter tidaklah merata di beberapa daerah di Indonesia, dan hanya terpusat di pulau Jawa saja, sehingga rumah sakit dan beberapa perusahaan yang bergerak dibidang kesehatan sulit dalam mencari dan menemukan kandidat dokter yang diinginkan. Saat ini seluruh informasi akan lowongan pekerjaan akan profesi kesehatan hanya bersifat internal dan bersifat

referensi dari tenaga kesehatan lainnya. Salah satu contoh adalah sebuah rumah sakit jika memerlukan beberapa dokter terutama tenaga dokter spesialis sangatlah sulit dan jikalau perusahaan mendapatkan tenaga dokter tersebut yang terjadi adalah dari hasil referensi yang dimana direkomendasikan oleh profesi kesehatan yang ada. Selain hal tersebut pertumbuhan ekonomi yang kurang merata juga menjadi salah satu faktor sulitnya tenaga kesehatan di daerah. Hal tersebut diakibatkan karena kurangnya fakultas kedokteran maupun kesehatan di daerah – daerah yang mengakibatkan penduduk daerah yang akan menempuh dan memilih fakultas kesehatan harus keluar dari daerahnya demi mendapatkan gelar seorang dokter dan tenaga kesehatan. Selain itu seperti yang dipaparkan sebelumnya bahwa salah satu dari masalah BPJS kesehatan adalah jumlah tenaga kesehatan dan dokter yang terbatas mengakibatkan pasien belum secara maksimal terlayani, hal tersebut dikarenakan jumlah dokter yang kurang dan dokter yang kurang dapat menerima dengan harga pembayaran yang dibayarkan oleh BPJS terlalu kecil.

Dari permasalahan tersebut dapat dilihat bahwa ada peluang akan pemenuhan kebutuhan tenaga profesi kesehatan, sehingga kami melihat untuk membuat sebuah aplikasi yang dapat mengakomodir permasalahan tersebut dengan menyediakan pilihan tenaga profesi kesehatan yang diperlukan. Kami memilih aplikasi berbasis internet dikarenakan jaringan internet tidak terbatas akan jarak dan waktu sehingga penyebaran informasi jauh lebih cepat dan tidak terhalang oleh jarak, sehingga jika sebuah perusahaan ataupun rumah sakit memerlukan dokter ataupun tenaga kesehatan yang diperlukan dengan mudah mencari dan memasang iklan yang diinginkan dengan aplikasi tersebut. Selain itu dengan aplikasi ini kami harapkan adalah aplikasi ini dapat digunakan oleh banyak orang yang sedang membutuhkan tenaga kesehatan seperti dokter untuk konsultasi, perawat dan bidan untuk perawatan rumah atau *home care*, serta berita dan info akan kesehatan, seminar dan info lainnya dapat dilihat didalam aplikasi ini, aplikasi ini juga menawarkan klinik *online* dimana para pemilik klinik dapat mendaftarkan kliniknya serta dokter dan tenaga kesehatan yang ada didalamnya dimana dapat digunakan oleh pelanggan dalam hal ini adalah pasien tetap mereka dalam

berkonsultasi dan berinteraksi yang dilengkapi dengan *video call* dan menu lainnya.

Selain hal tersebut peran serta pemerintah juga berperan dalam hal pembangunan dan pertumbuhan perekonomian di daerah sehingga membuat daya tarik tenaga profesi kesehatan untuk bekerja serta mengabdikan diri mereka di daerah tersebut. Pada dasarnya setiap perusahaan yang bersaing dalam suatu lingkungan industri mempunyai keinginan untuk dapat lebih unggul dibandingkan pesaingnya. Umumnya perusahaan menerapkan strategi bersaing ini secara eksplisit melalui kegiatan-kegiatan dari berbagai departemen fungsional perusahaan yang ada. Pemikiran dasar dari penciptaan strategi bersaing berawal dari pengembangan formula umum mengenai bagaimana bisnis akan dikembangkan, apakah sebenarnya yang menjadi tujuannya dan kebijakan apa yang akan diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut. Pengertian keunggulan bersaing (*competitive advantage*) sendiri memiliki dua arti yang berbeda tetapi saling berhubungan. Pengertian pertama menekankan pada keunggulan atau superior dalam hal sumber daya dan keahlian yang dimiliki perusahaan. Sedangkan pengertian kedua menekankan pada keunggulan dalam pencapaian kinerja selama ini. Pengertian ini terkait dengan posisi perusahaan dibandingkan dengan para pesaingnya. Perusahaan yang terus memperhatikan perkembangan kinerjanya dan berupaya untuk meningkatkan kinerja tersebut memiliki peluang mencapai posisi persaingan yang lebih baik. Dengan posisi persaingan yang baik maka sebenarnya perusahaan telah memiliki modal yang kuat untuk terus bersaing dengan perusahaan lain (Groge dan Vickery, 2001).

Pendapat yang serupa juga dikemukakan oleh Porter (2001) yang menjelaskan bahwa keunggulan bersaing (*competitive advantage*) adalah jantung kinerja pemasaran untuk menghadapi persaingan. Keunggulan bersaing diartikan sebagai strategi *benefit* dari perusahaan yang melakukan kerjasama untuk menciptakan keunggulan bersaing yang lebih efektif dalam pasarnya. Strategi ini harus didesain untuk mewujudkan keunggulan bersaing yang terus menerus sehingga perusahaan dapat mendominasi baik di pasar lama maupun pasar baru.

Keunggulan bersaing pada dasarnya tumbuh dari nilai-nilai atau manfaat yang diciptakan oleh perusahaan bagi para pembelinya. Pelanggan umumnya lebih memilih membeli produk yang memiliki nilai lebih dari yang diinginkan atau diharapkannya. Namun demikian nilai tersebut juga akan dibandingkan dengan harga yang ditawarkan. Pembelian produk akan terjadi jika pelanggan menganggap harga produk sesuai dengan nilai yang ditawarkannya. Hal ini didukung oleh pendapat Styagraha (2001) yang menyatakan bahwa keunggulan bersaing adalah kemampuan suatu badan usaha (perusahaan) untuk memberikan nilai lebih terhadap produknya dibandingkan para pesaingnya dan nilai tersebut memang mendatangkan manfaat bagi pelanggan.

Beberapa indikator yang digunakan untuk mengukur keunggulan bersaing adalah keunikan produk, kualitas produk, dan harga bersaing. Keunikan produk adalah keunikan produk perusahaan yang memadukan nilai seni dengan selera pelanggan. Kualitas produk adalah kualitas desain dari produk perusahaan. Sedangkan harga bersaing adalah kemampuan perusahaan untuk menyesuaikan harga produknya dengan harga umum di pasaran. Sedangkan menurut jenis-jenis persaingan berdasarkan tingkat substitusi produk menurut Philip Kotler (2001) terdiri atas: Persaingan Merk dimana perusahaan dapat melihat pesaingnya sebagai perusahaan lain yang menawarkan produk dan jasa yang sama atau sejenis kepada pelanggan yang sama dengan kisaran harga yang sama pula. Persaingan Industri Dimana perusahaan dapat melihat pesaingnya lebih luas lagi, yaitu perusahaan menganggap pesaing utamanya sebagai semua perusahaan yang membuat produk atau jenis produk yang sama. Persaingan bentuk merupakan persaingan perusahaan dengan melihat lebih luas lagi yaitu semua perusahaan yang menghasilkan produk yang memberikan manfaat yang sama. Persaingan umum, perusahaan dapat memandang pesaing utamanya dalam arti yang lebih luas lagi yaitu semua perusahaan yang bersaing untuk konsumsi rupiah yang sama.

Dari hal tersebut membuat sebuah peluang dan ide bisnis dibidang teknologi terutama adalah aplikasi mencari pekerjaan yang di khususkan untuk

dokter dan tenaga kesehatan lainnya dengan nama medical bank. Didalam aplikasi ini dikhususkan untuk petugas kesehatan, dokter dan perusahaan yang sedang mencari dokter dan tenaga kesehatan lainnya serta dapat digunakan oleh setiap orang yang membutuhkan dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Aplikasi ini dilengkapi dengan video call, bantuan mencari kandidat serta di tambahkan beberapa fitur seperti tambahan untuk informasi undangan pelatihan, seminar, beranda forum komunikasi dan info terbaru serta info lainnya, serta fitur *appointment* yang terhubung dengan email selain itu terdapat menu untuk klinik online yang didalamnya terdapat menu dokter yang dapat dipilih untuk berinteraksi, dan ada menu untuk membeli obat di beberapa apotik online serta adanya tambahan menu untuk emergency call yang didalamnya terhubung dengan rumah sakit terdekat dengan lokasi pengguna yang dapat dipilih . Fitur beranda forum komunikasi berfungsi agar peserta ataupun pengguna dapat mengirimkan berita maupun kegiatan - kegiatan yang dapat diunggah sehingga dapat menjadi nilai tambah bagi pengguna. Aplikasi ini sebagai *medical database* dari perusahaan dan profesi kesehatan, aplikasi ini juga mudah digunakan dan memiliki tampilan yang menarik.

Jika dilihat dari indikator yang digunakan untuk mengukur keunggulan bersaing yang dimana keunikan produk kami adalah sebuah aplikasi yang diperuntukan untuk tenaga kesehatan dalam mencari pekerjaan dan pengguna orang umum yang sedang mencari dokter untuk konsultasi dan lainnya. Sedangkan menurut jenis-jenis persaingan berdasarkan tingkat substitusi produk dapat diartikan bahwa perusahaan kami melakukan persaingan bentuk yang hampir sama seperti *linkedin* dan *job street*, dan persaingan industri yaitu industri pencari pekerjaan secara teknologi yang berbasis internet serta bersaing dalam industri para pencari pekerjaan seperti pencari kandidat secara langsung yang disebut *head hunter*. Berikut tabel ke unggulan *Medical Bank*.

Tabel 1.15 Keunggulan *Medical Bank*

No	Keunggulan	Keterangan
1	Produk	Berupa aplikasi pencarian pekerjaan dan informasi mengenai kesehatan yang dikhususkan untuk dokter dan tenaga kesehatan, serta aplikasi dimana dapat digunakan untuk umum dalam mencari klinik dan dokter serta apotik serta informasi kesehatan lainnya.
2	Variasi	<i>Video call</i> , bantuan mencari kandidat serta ditambahkan beberapa fitur seperti tambahan untuk informasi undangan pelatihan, seminar, beranda forum komunikasi dan info terbaru serta info lainnya, serta fitur <i>appointment</i> yang terhubung dengan email, menu <i>emergency call</i> , menu klinik dan pilih dokter, serta pilihan menu untuk mencari apotik. Fitur aplikasi ini juga membuat peserta ataupun pengguna dapat mengirimkan berita maupun kegiatan - kegiatan yang dapat diunggah sehingga dapat menjadi nilai tambah bagi pengguna.
3	Bentuk	Aplikasi yang terhubung dengan android dan internet
4	Fungsi lainnya	<i>Medical data base</i> dari perusahaan dan profesi kesehatan, aplikasi mudah digunakan
5	SDM	Merupakan orang yang terlatih dalam bidangnya seperti tenaga kesehatan dan ahli teknologi (IT)
6	Harga	Biaya masuk aplikasi gratis
7	Pengguna	Masyarakat umum yang membutuhkan dokter atau tenaga kesehatan, dokter dan tenaga kesehatan, klinik, rumah sakit, apotik dan perusahaan kesehatan lainnya yang membutuhkan tenaga kesehatan
8	Lokasi	Aplikasi kami tidak terbatas oleh waktu dan jarak
9	Promosi	Beberapa hal dilakukan dalam promosi salah satunya bekerjasama dengan beberapa instansi seperti IDI, IBI dan beberapa Brodband ternama dan beberapa perusahaan dalam bidang kesehatan.

Sumber: diolah sendiri untuk kepentingan penelitian (2018)

1.3 Peluang Bisnis

Kekurangan akan fasilitas kesehatan di daerah menjadi sebuah pekerjaan yang harus diatasi oleh pemerintah, namun untuk membuat sebuah rumah sakit diperlukan anggaran yang tidak kecil, sehingga dalam hal ini pemerintah membuka kerja sama dengan sektor swasta dalam membuat sebuah pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan akan kesehatan masyarakat. Dengan didukungnya oleh pemerintah dalam pengembangan sebuah layanan kesehatan oleh sektor swasta maka membuat peluang yang cukup besar dan keuntungan yang ditawarkan dari pengembangan mengenai hal pelayanan kesehatan tersebut.

Perlu diketahui dalam membuat sebuah usaha dalam hal ini yaitu pembuatan sebuah rumah sakit diperlukan beberapa regulasi yang perlu dilewati.

Oleh karena itu, diperlukan sumber daya manusia yang terampil dalam hal ini adalah seorang dokter, namun dalam mencari seorang dokter profesional tidak mudah untuk saat ini yang sering dilakukan adalah dengan cara referensi ataupun pembajakan seorang dokter dari kompetitor, sehingga dalam hal ini kami mencoba memfasilitasi hal tersebut dengan sebuah aplikasi komunikasi dokter. Selain itu permasalahan akan kebutuhan tenaga dokter pada era BPJS juga menjadi peluang untuk bisnis kami, dikarenakan pemenuhan tenaga kesehatan yang cukup banyak.

Perusahaan kami menggunakan konsep *Network Effect*, konsep ini pertama kali diperkenalkan oleh Robert Metcalfe. Lewat hukumnya yang dikenal dengan Metcalfe's Law, beliau mengatakan bahwa nilai suatu jaringan akan bertambah secara eksponensial sesuai dengan penambahan anggota jaringan, sebagai contoh: bila anggota sebuah jaringan ada dua, maka nilainya adalah 4, dan bila jumlah tersebut naik menjadi 3 maka nilai jaringan menjadi 9. Sebuah jaringan yang memiliki jumlah anggota yang banyak akan memiliki nilai yang luar biasa besar. Nilai ini yang menjadi salah satu daya tarik orang-orang untuk bergabung menjadi anggota. Begitu juga dengan usaha *business plan* yang kami buat bila semakin banyak anggota yang mendaftar di *website* kami, kemudian banyaknya aktifitas berbagi info seminar (baik seminar *online* dan seminar *non-online*) maka pertumbuhan bisnis di bidang kesehatan semakin tinggi.

Menurut Jason Wyatt seorang *Managing Director Market placer* berpendapat *Network Effect* sering digunakan untuk menggambarkan fenomena bila semakin banyak anggota yang bergabung ke dalam jaringan atau platform maka semakin besar keuntungan yang diperoleh seluruh jaringan. Manfaat bagi *platform* atau jaringan tersebut adalah ketika banyak orang telah bergabung, maka jaringan tersebut memiliki kesempatan yang lebih baik menjadi jaringan pilihan atau dominan sehingga jaringan tersebut dapat masuk ke dalam posisi pasar yang sangat dipertahankan. Ini adalah konsep yang penting untuk memahami model *online marketplace*. Misalkan salah satu *network effect* paling awal muncul adalah telepon yang konsepnya bertumbuh menjadi jaringan telepon. Memiliki satu telepon saja hampir tidak bermanfaat bila tidak ada pengguna

telepon lainnya yang dipanggil atau menerima telepon darinya. Telepon tersebut dapat bermanfaat bila digunakan oleh dua pemilik telepon atau lebih. Dari sinilah bagaimana jaringan bertumbuh. Ketika lebih banyak orang yang membeli ponsel dan bergabung dalam pertukaran ponsel, maka sebuah jaringan dikembangkan, dan memiliki ponsel dan menjadi bagian dari timbulnya lebih banyak manfaat jaringan bagi penggunanya. Prinsipnya menjadi sama seperti jaringan media sosial. Jika teman-teman kamu lebih banyak bergabung di dalam salah satu jaringan (contohnya *Snapchat*) dari pada *Google+* maka kamu cenderung memilih bergabung dalam *Snapchat*, dan membuat jaringan tersebut lebih bermanfaat bagimu dan teman-temanmu. Ide ini sering disebut sebagai “*direct network effect*” atau bahkan disebut sebagai “*positive direct network externality*” – “*positive*” mengacu pada manfaat yang diperoleh kepada pengguna penyebar jaringan, dan “*externality*” mengacu pada dampak satu pengguna memiliki akun jaringan lainnya. Tetapi tidak hanya itu saja keseluruhan dari cerita ketika jaringan tersebut muncul menjadi *network effects*, terutama ketika kita sedang berbicara mengenai *multi-sided platforms* seperti *online marketplace*.

Bersama dengan *direct network effects*, ada juga yang disebut *indirect network effects*. Diambil dari kutipan David S. Evans dan Richard Schmalensee mengenai komprehensif bekerja pada model *platform*, *Match makers*: Ekonomi baru pada *multi sided platform* berarti “suatu *network effect* adalah tidak langsung (*indirect*) ketika nilai dari *match maker* pada salah satu grup pelanggan bergantung pada seberapa banyak anggota grup yang berbeda berpartisipasi”. Hal ini relevan terutama bagi *online market place*. Dalam model sederhana suatu *platform*, seperti jaringan telepon, pada dasarnya salah satu jenis pengguna yang mungkin melakukan dan menerima panggilan. Model ini mulai berubah setelah jaringan yang dibedakan dimasukkan dalam satu kelompok jaringan. Usaha kami merupakan salah satu contoh dari *indirect network effects* dimana target konsumen kami adalah para tenaga kesehatan dan medis yang mencari pekerjaan, perusahaan-perusahaan yang mencari tenaga kerja profesional dan *volunteer*, perusahaan-perusahaan farmasi yang bergabung untuk menjual alat kesehatan maupun obat secara online (dengan catatan harus dengan resep dokter).

Namun, di *online market place*, biasanya ada dua (kadang-kadang lebih) pengguna yang berbeda yaitu vendor dan pembeli dan dampaknya jaringan yang dicapai oleh kedua belah pihak bergantung pada keseimbangan dan proporsi setiap kelompok terhadap lainnya. Beberapa vendor dan pembeli akan mencari tempat lain, dan pergi ke tempat lain. Hal yang penting bagi *online market place* adalah untuk mencapai efek proposional dan waktu *network effects* dengan baik disisi pembeli dan penjual dalam pasar. Ini adalah dilema ayam-telur yang dihadapi oleh banyak *online market place* ketika mereka memulainya. Hal ini membutuhkan arsitektur *market place* yang dirancang dengan berbagai cara menarik dan memiliki stimulasi insentif yang cukup bagi vendor dan pembeli untuk menjaga ekuilibrium kepuasan sebagai skala *market place*.

Usaha kami berbeda dengan yang lain, para tenaga kesehatan, tenaga medis, dan perusahaan-perusahaan memang harus mendaftar agar dapat menikmati layanan kemudahan dari *platform* kami. Kami menawarkan beberapa pilihan yaitu sebuah pilihan dimana perusahaan dapat mengirim pesan kepada kandidat dokter yang dipilih dengan mengisi kolom *inbox* dimana selanjutnya dokter tersebut akan menghubungi perusahaan tersebut. Di website tersebut, kami menyediakan toko obat *online* dimana dengan 1 klik maka *link* tersebut terhubung dengan *domain* mitra kami yang bergerak dalam penjualan obat-obatan dan alat kesehatan. Kami menciptakan ide dimana para anggota bukan hanya dapat melihat isi *link* toko obat *online* tersebut, bahkan mereka dapat memesannya langsung hanya dengan melakukan *scroll* ataupun klik gambar-gambar yang dibutuhkan dan melakukan tata cara pembayaran setelah melakukan “tambah ke *trol*”. Orang yang ingin membeli obat-obatan maupun alat kesehatan harus disertai resep dokter untuk menghindari ilegalitas penjualan yang dilarang oleh pemerintah. Selain itu ada beberapa pilihan didalam menu diaplikasi kami yaitu menu memilih klinik yang dapat berinteraksi dengan dokter didalamnya, menu daftar untuk klinik tersebut, dan menu *emergency call* yang didalamnya terdapat jarak dan rumah sakit terdekat yang dapat tersambung dan dapat dihubungi.

Dilihat dari sisi peluang bisnis, nampaknya akan menghasilkan keuntungan dimana kami memberikan kemudahan bagi pelamar, perusahaan da

pasien yang ingin berinteraksi dengan dokter, web kami juga menyajikan iklan dan buletin kesehatan yang dibagikan oleh para mitra kami seperti majalah kesehatan *online*. Ada beberapa majalah kesehatan *online* Indonesia yang melalang buana di dunia internet seperti mediakom, sehatnegeriku.com, health.detik.com, kesehatanmuslim.com, dan sebagainya. Majalah *online* yang aktif didunia maya akan kami jadikan mitra sebagai sumber informasi, inilah salah satu strategi kami untuk menjadikan *web* kami menarik bagi para *member* yang sudah melakukan *registrasi*. Menggandeng beberapa majalah *online* pun bisa kami jadikan strategi agar *web* kami ini lebih dikenal oleh para tenaga kesehatan dan tenaga medis di Indonesia.

Kami pun akan mengadakan kerjasama dengan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) yang bertujuan memberikan atau mendukung dokter yang belum kerja atau yang mencari kesempatan yang lebih baik dalam pekerjaan, masuk ke dalam aplikasi kami. Mengingat baru *linkedin* saja sebuah perusahaan yang bergerak dalam bidang web yang menawarkan atau mempromosikan kandidat pelamar dengan menampilkan dan mempromosikan daftar riwayat hidup dari pelamar. Secara garis besar produk kami hampir sama dengan aplikasi *linkedin* hanya alat penghubung yang kami luncurkan bersifat komunitas dokter, tenaga kesehatan lain dan perusahaan farmasi dan kesehatan lainnya sehingga dapat diartikan kami memiliki pasar secara spesifik. Dari hasil yang telah dipaparkan dapat disimpulkan bahwa jumlah akan dokter dan tenaga kesehatan didaerah sangat sedikit sehingga menimbulkan beberapa kebutuhan yang sangat tinggi di beberapa daerah akan kebutuhan tenaga kesehatan dan dokter, kebutuhan akan tenaga tersebut dirasakan oleh beberapa rumah sakit dan perusahaan yang bergerak dibidang kesehatan. Untuk mengatasi akan kebutuhan tersebut biasanya dilakukan reverensi atau promosi dari beberapa rekan– rekan dikesehatan dengan cara memberikan rekomendasi seorang dokter maupun tenaga kesehatan dan informasi tersebut hanya didapatkan secara internal dan komunitas saja. Sehingga untuk mengatasi hal tersebut perusahaan kami membuat sebuah aplikasi yang mengumpulkan profesi kesehatan dalam satu wadah dimana aplikasi tersebut digunakan untuk mempromosikan diri dan mencari kandidat yang tepat untuk

direkomendasikan didalam sebuah perusahaan ataupun rumah sakit yang membutuhkannya.

Dengan aplikasi tersebut diharapkan proses pencarian kandidat jauh lebih cepat, dan aplikasi tersebut dilengkapi dengan beberapa pilihan salah satunya adalah *video call* dimana digunakan untuk melakukan *interview* dari jarak yang jauh, sehingga membuat proses dari penerimaan pegawai jauh lebih cepat, selain itu dengan menu *video call* ini diharapkan dapat membantu dokter mendiagnosa keadaan pasien atau orang yang sedang membutuhkan bantuan kesehatan. Sehingga kebutuhan akan dokter terpenuhi dengan cepat dan penanganan pasien juga dapat lebih cepat dan akurat. Dari perkumpulan profesi kesehatan yang ada didalam aplikasi tersebut memiliki efek jumlah personal yang akan semakin berkurang jika produksi akan profesi kesehatan tersebut tidak seimbang dengan kebutuhan yang tinggi. Jika di gambarkan secara skematik maka dapat digambarkan sebagai berikut :

Network Effect Medical Bank



Gambar 1.46 *Network Effect Medical Bank*
 Sumber: diolah sendiri untuk kepentingan penelitian (2018)

Gambar diatas dapat diartikan sebagai berikut; adanya kebutuhan akan dokter dan tenaga kesehatan didaerah dan dikota besar, namun saat ini seperti yang diketahuui jumlah akan tenaga dokter dan tenaga kesehatan lainnya sulit ditemui dan jumlah yang sedikit, sehingga untuk mendapatkan tenaga kesehatan tersebut dibuatlah sebuah aplikasi untuk mempermudah mencari tenaga kesehatan yang diperlukan. Aplikasi ini digunakan oleh dokter dan tenaga kesehatan yang sedang mencari pekerjaan atau sebuah aplikasi untuk menjadi sebuah wadah perkumpulan tenaga kesehatan, aplikasi ini juga digunakan oleh masyarakat umum untuk konsultasi dengan dokter secara online dan menacari obat secara online, selain itu aplikasi ini jga digunakan oleh perusahaan kesehatan, rumah sakit dan klinik dalam mempromosikan produk mereka dan dalam mencari kandidat dokter ataupun tenaga kesehatan yang diperlukan. Dengan aplikasi ini diharapkan dapat dengan mudah dalam mencarti tenaga kesehatan yang diperlukan, maupun mendapatkan berita menngeni informasi kesehatan, selain itu pasien atau masyarakat umum mendapatkan pelayanan kesehatan yang cepat tanpa terbatas ruang dan waktu, hal tersebut menimbulkan kemudahan dalam pelayanan, kemudahan dalam mendapatkan dokter dan tenaga kesehatan lainnya, serta mendapatkan informasi yang cepat. Jika pengguna kami terus bertambah maka tenaga dokter dan tenaga kesehatan yang pada akhirnya akan menjadi pengguna dari aplikasi kami, dan jika seluruh tenaga kesehatan telah menggunakan aplikasi ini maka untuk memenuhi permintaan yang akan bertambah terus akan membuat tenaga kesehatan dan dokter menjadi terbatas yang berakibat kebutuhan akan hal terebut akan terus meningkat dan menjadikan kebutuhan jumlah dokter semakin sulit untuk dicari, sehingga menimbulkan efek seperti semula.

Jika dapat digambarkan ada beberapa hal yang bisa dikatakan sebagai peluang dari usaha ini antara lain:

Tabel 1.16 Peluang Usaha yang muncul

No	Peluang	Keterangan
1	Jumlah dokter dan tenaga kesehatan yang kurang didaerah	sumber daya manusia kesehatan terbanyak sejumlah 76,819 orang dibandingkan provinsi lainnya di Indonesia, disusul dengan Jawa Timur sejumlah 69,405 orang dan Jawa Barat sejumlah 66,152 orang, sedangkan untuk provinsi yang memiliki jumlah sumber daya manusia kesehatan terendah yaitu Kalimantan Utara sejumlah 2,887 orang.
2	Pengguna internet diIndonesia	Pengguna internet Indonesia berdasarkan usia. Sebanyak 38,7 juta
3	Minimnya informasi terhadap tenaga dokter dan kesahatan lainnya	Sebagian besar informasi didapat dari referensi sejawat atau satu profesi
4	Minimnya fasilitas pencari pekerjaan yang khusus terhadap tenaga kesehatan dan dokter, dan informasi terhadap kesehatan secara umum	Belum aada aplikasi khusus untuk tenaga kesahatan atau dokter dalam mencari pekerjaan
5	Menu tambahan didalam aplikasi seperti apotik dan konsultasi online	Aplikasi ini adalah aplikasi tambahan yang digunakan untuk berkonsultasi secara online, klinik online, dan membeli obat diapotik secara online
6	Pemenuhan kebutuhan dokter BPJS	Adanya peluang bahwa BPJS keseahatan saat ini memerlukan dokter dalam melayani kebutan pasien yang cukup tinggi.

Sumber: diolah sendiri untuk kepentingan penelitian (2018)

1.4 Definisi Bisnis

Kata “bisnis” berasal dari bahasa Inggris “*busy*”, yang artinya “sibuk”, sedangkan “*business*” artinya kesibukan. Bisnis dalam arti luas sering didefinisikan sebagai keseluruhan kegiatan yang direncanakan dan dijalankan oleh perorangan atau kelompok secara teratur dengan cara menciptakan, memasarkan barang maupun jasa, baik dengan tujuan mencari keuntungan maupun tidak bertujuan mencari keuntungan. (Suliyanto, 2010) Bisnis merupakan seluruh kegiatan yang diorganisasikan oleh orang – orang yang berkecimpung dalam bidang perniagaan dan industri yang menyediakan barang dan jasa untuk

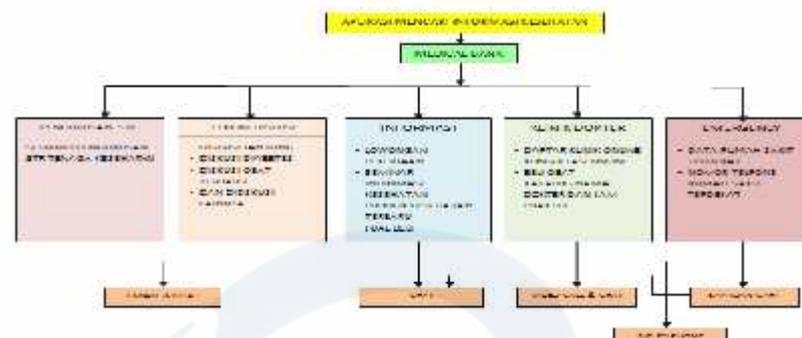
kebutuhan mempertahankan dan memperbaiki standar kualitas kehidupan mereka. (Husein Umar, 2003) Bisnis adalah semua aktivitas dan intuisi yang memproduksi barang dan jasa dalam kehidupan sehari-hari. Bisnis itu sendiri dapat dipandang sebagai sebuah sistem menyeluruh yang menggabungkan subsistem yang lebih kecil yang disebut industri (Paulus dan Evi, 2007). Bisnis merupakan prosessosial yang dilakukan setiap individu atau kelompok melalui proses penciptaan dan pertukaran kebutuhan dan keinginan akan suatu produk tertentu yang memiliki nilai atau memperoleh manfaat atau keuntungan (Gugup Kismono 2001).

Dari definisi diatas dapat didefinisikan bisnis kami adalah sebuah bisnis jasa yang bergerak dalam bidang teknologi terutama dalam bidang aplikasi yang diberi nama medical bank. Aplikasi ini adalah sebuah aplikasi pencari kerja yang dilengkapi dengan *video call*, bantuan mencari, *emergency call*, apotik dan klinik secara online dan beberapa tambahan informasi. Pengguna selain dapat mengirimkan daftar riwayat hidup didalam aplikasi tersebut mereka juga dapat mengirimkan kegiatan, foto, informasi sekitar edukasi dan lainnya di kolom pribadi mereka yang dapat terlihat secara umum. Pengguna dari aplikasi kami adalah profesi kesehatan, produsen bisnis kesehatan dan beberapa rumah sakit serta masyarakat umum. Bisnis kita berupa *web design* yang merupakan kumpulan dari komunitas kesehatan yang terdiri atas dokter, bidan, perawat, apoteker dan semua tenaga kesehatan yang sedang mencari pekerjaan dan aplikasi yang digunakan untuk berinteraksi secara online baik konsultasi dan membeli obat secara online. Dimana didalam web kami tersedia *inbox* untuk mengirim pesan kepada orang yang dipilih oleh perusahaan. Selanjutnya pesan tersebut tersambung ke dalam sms di *handphone* pengguna atau pelamar. Kami juga menyediakan pilihan untuk membeli produk obat dan dilengkapi dengan iklan. Didalam aplikasi ini juga dilengkapi dengan pilihan klinik online dimana pasien dapat berinteraksi dengan pasien dan dokter. Perencanaan kami akan mengajak untuk kerja sama dengan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) agar dapat mengajak dokter yang ada untuk masuk menjadi pengguna *web* kami. *Web* kami terhubung dengan jaringan internet sehingga dapat mempermudah dokter ataupun petugas

kesehatan lainnya dalam menggunakannya. Bisnis Medical Bank seperti yang telah dijelaskan diatas sebelumnya merupakan sebuah bisnis aplikasi online yang mengkomodir seluruh informasi kesehatan dalam sebuah aplikasi online. Dalam aktivitas kegiatan bisnis melibatkan berbagai instansi seperti perusahaan obat atau farmasi, kementerian kesehatan, profesional kesehatan, perusahaan kesehatan lainnya. Selai itu dalam mendapatkan pemasukan bisnis ini dimulai dari target pengguna aplikasi sebanyak mungkin, dengan pengguna aplikasi dalam jumlah yang banyak maka akan membuat kegiatan dalam aplikasi tersebut semakin banyak dan aktif, kebutuhan akan informasi kesehatan akan semakin meningkat, dilihat dari kegiatan tersebut maka memunculkan peluang bisnis seperti iklan, online jual beli dan lainnya akan di kenakan tarif yang menjadi pemasukan untuk yayasan

Harapan dari *business plan* ini adalah dengan semakin banyak dokter dan petugas kesehatan lainnya masuk serta masyarakat umum kedalam anggota pengguna dari *web* kami, maka kami bisa mendapatkan keuntungan dari hal tersebut. Selain itu, kami bisa mendapat keuntungan juga dari iklan dan promosi obat dan lainnya. Dengan adanya *web* ini kami berharap agar menjadi *web* berbasis komunitas kesehatan. *Web* kami memiliki nama produk *medical bank* merupakan *web* yang mudah digunakan dan sebagai ajang mencari pekerjaan dengan cara mempromosikan diri serta menjadi solusi bagi para dokter dan tenaga kesehatan lainnya untuk mendapatkan pekerjaan. Serta aplikasi ini digunakan juga untuk konsultasi dokter dan mencari obat secara online dan memiliki beberapa menu yang menarik seperti bantuan mencari dan klinik online.

Gambar 1.47 Diagram Model Bisnis *Medical Bank*



Sumber : Data diolah sendiri untuk penelitian

Dari gambar diatas dapat diartikan bahawa aplikasi medical bank merupakan aplikasi dalam mencari informasi kesehatan yang dapat digunakan oleh masyarakat umum dan tenaga kesehatan dimana didalamnya terdapat menu pilihan yang dapat dipilih seperti pengurusan STR (Surat Tanda Registrasi), forum diskusi, informasi, klinik dan dokter *online*, emergency call. Yang semua menu dilengkapi dengan bantuan cari, *video call*, *menu chat*, *email*, nomor telepon rumah sakit dan lainnya.

1.5 Studi Kelayakan Bisnis

Menurut Kasmir&Jakfar(2012),Kelayakan artinya penelitian yang dilakukan secaramendalamuntuk menentukan apakah usaha yang akan dijalankan akan memberikan manfaat yang lebih besar dibandingkan dengan biaya yang akan dikeluarkan. Sedangkan bisnis adalah usaha yang dijalankan yang tujuan utamanya untuk memperoleh keuntungan. Dengan demikian,dapat disimpulkan bahwa pengertian Studi Kelayakan Bisnis (SKB) adalah suatu kegiatan yang mempelajari secara mendalam tentang suatu usaha atau bisnis yang akan dijalankan, dalam rangka menentukan layak atau tidak usaha tersebut dijalankan. Husein Umar (2014),studi kelayakan bisnis merupakan penelitian terhadap rencana bisnis yang tidak hanya menganalisis layak atau tidaknya bisnis dibangun, tetapi juga saat dioperasionalkan secara rutin dalam rangka pencapaian keuntungan yang maksimal untuk waktu yang tidak ditentukan. Studi kelayakan biasanya digolongkan menjadi dua bagian yang berdasarkan pada orientasi yang diharapkan oleh satu perusahaan yaitu berdasarkan orientasi laba dan orientasi tidak pada laba (sosial).

1.5.1 Aspek Hukum

Ada beberapa jenis bentuk badan hukum yang lazim di Indonesiamisalnya, Perseorangan,Firma (Fa),Perseorangan Komanditer (CV),Perseorangan Terbatas (PT) dan Koperasi. Kebanyakan perusahaan yang akan melakukan suatu investasi, biasanya merupakan perusahaan besar, baik dari segi modal maupun jangkauan usaha. Untuk perusahaan yang akan kami buat adalah dalam bentuk Perseroan

Terbatas (PT), dimana Perseorangan Terbatas (PT) adalah badan hukum yang didirikan berdasarkan perjanjian yang melakukan kegiatan usaha dengan modal tertentu, yang seluruhnya terbagi dalam saham. Modal dasar perseorangan terdiri atas seluruh nilai nominal saham. Besarnya modal dasar perseorangan paling sedikit Rp. 10.000.000.000,- paling sedikit 20% dari modal dasar harus ditempatkan dan disetor penuh. Penyetoran modal saham dapat dilakukan dalam bentuk uang dan atau dalam bentuk lainnya. Dalam hal pencarian modal tambahan perseorangan terbatas sangatlah mudah dilakukan karena sudah memiliki badan hukum yang kuat serta modal dan usaha yang cenderung besar.

1.5.2 Aspek Pemasaran

Pemasaran merupakan ujung tombak perusahaan. Dalam dunia persaingan yang semakin ketat, perusahaan dituntut agar tetap bertahan hidup dan berkembang. Oleh karena itu seorang pemasar dituntut untuk memahami permasalahan pokok dibidangnya dan menyusun strategi agar dapat mencapai tujuan perusahaan.

1.5.2.1 Segmentasi Pasar

Menurut Kotler, segmentasi pasar yaitu usaha pemisahan pasar pada kelompok-kelompok pembeli menurut jenis-jenis produk tertentu dan yang memerlukan bauran pemasaran tersendiri. Perusahaan menetapkan berbagai cara yang berbeda dalam memisahkan pasar tersebut, kemudian mengembangkan profil-profil yang ada pada setiap segmen pasar, dan menilai daya tarik masing-masing segmen-segmen pasar. Berikut ini adalah variabel utama melakukan segmentasi pasar konsumen menurut Kotler (2014). Segmentasi pasar geografis, Segmentasi pasar berdasarkan geografis perlu membagi pasar kedalam unit-unit geografis yang berbeda seperti negara, negara bagian, provinsi, wilayah, daerah, desa. Perusahaan kami akan memulai bisnis di Indonesia dimulai dari wilayah Jabodetabek yang dimana jumlah tenaga kesehatan dan dokter dapat dengan mudah dan banyak untuk didapatkan.

Segmentasi demografis merupakan pembagian pasar ke dalam kelompok-kelompok berdasarkan variabel-variabel demografis seperti usia, jenis kelamin, jumlah penduduk, jumlah keluarga, pendapatan, pekerjaan, jenjang pendidikan, kewarganegaraan. Untuk perusahaan kami dimulai dari tenaga kesehatan, perusahaan kesehatan, rumah sakit, dokter, klinik, dan masyarakat umum yang butuh dengan tenaga kesehatan. Dalam segmentasi psikografi, para pembeli dibagi ke dalam kelompok yang berbeda-beda berdasarkan kelas sosial, gaya hidup dan ciri-ciri kepribadian. Untuk aplikasi kami dapat digunakan oleh semua masyarakat dan tenaga kesehatan dimana aplikasi kami gratis. Dalam segmentasi behavioristik (perilaku) para konsumen dibagi ke dalam kelompok-kelompok berdasarkan pengetahuan, sikap, penggunaan atau tanggapan mereka terhadap sebuah produk. Untuk produk kami diperuntukan untuk tenaga kesehatan dalam mencari informasi dan lowongan pekerjaan dan informasi lainnya, selain itu masyarakat umum dapat menggunakannya untuk berinteraksi dengan dokter dan dapat membeli obat secara *online* di Toko Obat *online*.

1.5.2.2 Pasar Sasaran (*Market Targeting*)

Business plan ini sependapat dengan Kasmir & Jakfar (2012) bahwa pasar sasaran adalah mengevaluasi keaktifan setiap segmen, kemudian memilih salah satu dari segmen pasar atau lebih untuk dilayani menetapkan pasar sasaran dengan cara mengembangkan ukuran dan daya tarik segmen kemudian memilih segmen sasaran yang diinginkan. Memilih segmen, yaitu menentukan satu atau lebih segmen yang memiliki nilai tinggi bagi perusahaan. Adapun segmen yang dapat dimasuki dan dilayani oleh perusahaan, yaitu : Pemasaran serba sama, melayani semua pasar dan tawaran pasar dalam arti tidak ada perbedaan. Mencari apa yang sama dalam kebutuhan konsumen. Pemasaran serba aneka, merancang tawaran untuk semua pendapatan, tujuan atau kepribadian. Seperti beda desain yang diinginkan oleh konsumen dan biasanya memerlukan biaya yang tinggi. Pemasaran terpadu, khusus untuk sumber daya manusia yang terbatas. Perusahaan kami menerapkan pemasaran serba aneka yang dimana perusahaan kami menawarkan nilai produk beraneka ragam didalam aplikasi tersebut seperti

mencari informasi dan lowongan pekerjaan khusus tenaga kesehatan, promosi untuk perusahaan kesehatan dan apotik untuk menjual obat, menu untuk berinteraksi antara dokter dengan pasien, serta menu lainnya.

1.5.2.3 Bauran Pemasaran

Konsep bauran pemasaran (*marketing mix*) pertama kali dicetus oleh Jeremo Mc. Charty yang disingkat dengan 4P terdiri dari *Product* (Produk), *Price* (Harga), *Place* (Distribusi), dan *Promotion* (Promosi). Produk kami berupa pelayanan jasa yang berupa aplikasi dimana digunakan oleh tenaga kesehatan, perusahaan dalam bidang kesehatan, rumah sakit, klinik, apotik dan masyarakat umum, harga dari produk kami adalah gratis dimana setiap orang dengan mudah dalam mengunduh aplikasi tersebut. Untuk pendistribusian produk kami dapat dimana pun dikarenakan aplikasi ini berbasis internet. Salah satu promosi yang dilakukan adalah pendekatan ke beberapa ikatan profesi kesehatan salah satunya IDI (Ikatan Dokter Indonesia), PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), IBI (Ikatan Bidan Indonesia), dan iklan.

1.5.3 Aspek Keuangan

Kasmir & Jakfar (2012) menyatakan investasi yang dilakukan dalam berbagai bidang bisnis (usaha), tentu memerlukan sejumlah modal, disamping keahlian lainnya. Modal yang digunakan untuk membiayai suatu bisnis, mulai dari prainvestasi, biaya investasi dalam aktiva tetap, hingga modal kerja. Modal digunakan untuk membiayai biaya investasi seperti pengurusan izin-izin dan pembuatan studi usaha. Kemudian selanjutnya yang harus dikeluarkan adalah untuk pembelian aktiva tetap seperti pembelian tanah, pendirian bangunan atau gedung, pembelian mesin-mesin, dan aktiva tetap lainnya. Modal juga digunakan untuk biaya operasi pada saat bisnis tersebut dijalankan, misalnya untuk biaya bahan baku, gaji, dan biaya operasi lainnya. Sumber dana kami didapat dari modal perorangan dan gabungan dengan beberapa investor. Untuk arus kas kami terbagi atas dua yaitu arus kas keluar seperti diperuntukkan untuk dikeluarkan perusahaan untuk berbagai keperluan yang berkaitan dengan kegiatan usaha, seperti

pembayaran cicilan utang dan bunga pinjaman, biaya produksi, biaya tenaga kerja, dan biaya pemasaran. Sedangkan arus kas masuk didapatkan dari segala kegiatan yang menghasilkan uang, seperti iklan, informasi berbasis *online*, pembelian obat, dan bantuan pencarian kandidat.

