



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



GERMAS

Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat

2020

ANALISIS KEBIJAKAN PEMENUHAN PASAR KERJA TENAGA KESEHATAN DI TINGKAT GLOBAL

PUSAT PERENCANAAN PENDAYAGUNAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



GERMAS
Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat

2020



ANALISIS KEBIJAKAN PEMENUHAN PASAR KERJA TENAGA KESEHATAN DI TINGKAT GLOBAL

PUSAT PERENCANAAN PENDAYAGUNAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

TIM PENYUSUN :
ANALISIS KEBIJAKAN PEMENUHAN PASAR KERJA
TENAGA KESEHATAN DI TINGKAT GLOBAL

Pengarah :

Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

Penyusun :

Anna Kurniati, SKM, MA, Ph.D

Lita Dwi Astari, STP, M.Si

Ferry Efendi S.Kep., Ns., M.Sc., PhD

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si

Dr. Retno Indarwati, S.Kep.Ns., M.Kep

Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S.Kep., Ns., M.Kep

Elida Ulfiana, S.Kep., Ns., M.Kep

Ias Tarina Puspitasari, SKM

drg. Made Muryani, MA

Heni Dianawatisari, SKM

Ifrani Yuan Khaulaha Rani, S.Kep, Ns

Lilis Dwi Kristyaningrum, S.Si

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

610.69 Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Badan Pengembangan
Ind dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
a **Analisis Kebijakan Pemenuhan Pasar Kerja Tenaga Kesehatan**
 di Tingkat Global.—Jakarta : Kementerian Kesehatan. 2020
 Kementerian Kesehatan RI.2020

ISBN 978-623-301-133-4

I. Judul I. HEALTH MANPOWER
II. HEALTH PERSONNEL
III. GLOBAL HEALTH

KATA PENGANTAR

Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk mendorong sumber daya manusia yang unggul dan mampu bersaing secara global, karena komponen ini adalah penggerak dan penentu utama kemajuan bangsa. SDM Kesehatan merupakan salah satu komponen pendukung Sistem Kesehatan Nasional, yang memegang peran pokok dalam mencapai *Universal Health Coverage*. Dalam upaya untuk meningkatkan ketersediaan SDM Kesehatan yang berkualitas di dalam negeri, Kementerian Kesehatan juga mendorong peningkatan pendayagunaan SDM Kesehatan ke luar negeri, terutama untuk jenis tenaga kesehatan yang saat ini mengalami *temporary surplus* yaitu perawat.



Pendayagunaan tenaga kesehatan Indonesia ke luar negeri dilakukan dengan mempertimbangkan keseimbangan antara kebutuhan tenaga kesehatan di dalam negeri dan peluang kerja bagi tenaga kesehatan Indonesia di luar negeri. Dengan adanya ekonomi global diperkirakan akan menciptakan 40 juta lapangan kerja di sektor kesehatan pada tahun 2030. Kekurangan tenaga kerja kesehatan secara global akan mencapai hampir 18 juta pada tahun 2035. Peluang kerja tenaga kesehatan Indonesia ke luar negeri cukup besar. Bahkan kemungkinan juga akan meningkat setelah masa *pandemic covid*.

Buku analisis kebijakan pemenuhan pasar kerja di tingkat global merupakan suatu hasil proses analisis pasar kerja dengan membandingkan kondisi *supply* dan *demand* khususnya perawat untuk mengetahui situasi terkini pasar tenaga kerja kesehatan baik di Indonesia maupun tingkat global. Analisis *supply* dibandingkan dengan *demand* dilakukan untuk menghindari terjadinya ketidakseimbangan dalam pasar kerja dan menggali potensi yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan dimasa yang akan datang.

Buku ini merupakan hasil kerjasama antara Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, Badan PPSDM Kesehatan dengan tim Peneliti Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga. Adapun tujuan dari penyusunan buku ini adalah mengetahui situasi terkini tenaga perawat di Indonesia, menganalisis permintaan dan penawaran tenaga perawat oleh pemangku kepentingan di Indonesia serta menyusun strategi dan rekomendasi pemenuhan pasar kerja

tenaga perawat di tingkat global untuk dapat mengembangkan kebijakan pendayagunaan tenaga kesehatan Indonesia ke luar negeri.

Saya berharap buku ini dapat bermanfaat bagi para pengambil keputusan dan pembuat kebijakan di sektor pemerintah. Fakta yang dimuat dalam buku ini dapat digunakan untuk merumuskan kebijakan yang tepat. Informasi dalam buku ini juga dapat digunakan sebagai bahan. Kepada semua pihak yang telah dengan tekun Menyusun buku Analisis Kebijakan Pemenuhan Pasar Kerja Tenaga Kesehatan di Tingkat Global ini, saya sampaikan terima kasih dan penghargaan.

Jakarta, Desember 2020

Kepala Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan
SDM Kesehatan,



Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
RINGKASAN EKSEKUTIF	viii
REKOMENDASI	xiii
 BAB I PENDAHULUAN	 I
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
1.3 Ruang Lingkup dan Kerangka Konsep	3
1.4 Metodologi	5
1.5 Output	6
 BAB II TINJAUAN LITERATUR	 7
2.1 Regulasi Tenaga Keperawatan di Indonesia	7
2.2 Sistem Pendidikan Perawat di Indonesia	8
2.3 <i>Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel</i>	16
2.4 Migrasi Internasional Tenaga Perawat	17
2.4.1 Situasi Pasar Kerja Perawat Global : Supply-Demand	17
2.4.2 Remunerasi Perawat di Luar Negeri	25
2.4.3 Kualifikasi dan Kompetensi Tenaga Perawat di Luar Negeri	29
2.4.4 Implementasi WHO GCP: kasus Indonesia	32
 BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN	 35
3.1 Sektor Pendidikan.....	35
3.1.1 Pendidikan dan Pelatihan.....	35
3.1.2 Regulasi Pendidikan dan Pelatihan.....	38
3.1.3 Pembiayaan pendidikan.....	39
3.2 Angkatan Kerja.....	42
3.2.1 Ketersediaan perawat.....	43
3.2.2 Pergerakan pasar kerja tenaga keperawatan.....	53
3.3 Pelayanan kesehatan kepada masyarakat.....	74
3.3.1 Komposisi Tenaga Perawat di Rumah Sakit.....	74

3.3.2 Kebijakan Terkait Praktik Keperawatan.....	75
3.3.3 Sistem Informasi SDM Kesehatan	77
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	80
4.1 Kesimpulan.....	80
4.2 Rekomendasi	82
DAFTAR PUSTAKA.....	84
KONTRIBUTOR	88

KEMENKES RI



DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Perbandingan SKS, Masa Studi dan Profil Lulusan D3, D4, S1 dan Profesi Ners	11
Tabel 2.	Perawat dengan status <i>Foreign-born</i> (internasional) di Negara OECD tahun 2000/1, 2010/11 dan 2015/16	18
Tabel 3.	<i>Demand, Supply</i> dan kekurangan Perawat di Negara OECD	24
Tabel 4.	Rata-rata Gaji Perawat per Bulan pada Beberapa Negara (USD)	28
Tabel 5.	Syarat Kualifikasi dan Kompetensi Perawat Internasional di Negara Tujuan Migrasi	29
Tabel 6.	Perbandingan Uang Kuliah Tunggal (UKT) per Semester pada Politeknik Kesehatan Kemenkes	41
Tabel 7.	Proyeksi Kebutuhan dan ketersediaan Perawat tahun 2019 sampai dengan tahun 2025 berdasarkan perkiraan jumlah STR aktif	44
Tabel 8.	Data Penempatan Perawat sebagai PMI berdasarkan Negara tahun 2015-2020	63
Tabel 9.	Migrasi Balik Perawat Indonesia tahun 2017-2020	64
Tabel 10.	Komposisi Jenis Perawat berdasarkan Tipe Rumah Sakit dan Jumlah Tempat Tidur	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Kerangka Konsep Kajian Pasar Perawat Tingkat Global	4
Gambar 2.	Jenjang Pendidikan Level KKNi	9
Gambar 3.	Pertumbuhan Lapangan Pekerjaan Berdasarkan Sektor pada Rata-rata Negara OECD tahun 2000-2017	17
Gambar 4.	Sebaran Perawat Terlatih Asing di Negara OECD tahun 2017 (OECD, 2019)	19
Gambar 5.	Perubahan Angka Lulusan Dalam Negeri dan Inflow Tenaga Kesehatan Terlatih Asing di Amerika Serikat tahun 2001 dan 2013 (US Nurisng Workforce, 2013)	20
Gambar 6.	Perubahan Angka Lulusan Dalam Negeri dan Inflow Tenaga Kesehatan Terlatih Asing di Inggris tahun 2001 dan 2014	20
Gambar 7.	Rasio Perawat di OECD per 1000 Penduduk tahun 2000 dan 2017	23
Gambar 8.	Rasio Pendapatan Perawat RS dibandingkan Pendapatan Rata-rata tahun 2017	25
Gambar 9.	Pendapatan Perawat RS dibandingkan dengan Paritas Daya Beli (USD) di Negara OECD tahun 2017	26
Gambar 10.	Tren Remunerasi Perawat RS di beberapa negara OECD tahun 2010-2017	27
Gambar 11.	Lulusan Perawat berdasarkan Jenjang Pendidikan tahun 2019	35
Gambar 12.	Sebaran Lulusan Keperawatan tahun 2019	35
Gambar 13.	Perawat Teregistrasi Agustus 2020	43
Gambar 14.	Distribusi Perawat berdasarkan tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan tahun 2020	45
Gambar 15.	Distribusi Perawat berdasarkan Jenis Perawat tahun 2020	46
Gambar 16.	Distribusi Perawat di Indonesia tahun 2020	47

Gambar 17. Distribusi Perawat Berdasarkan Jenjang Pendidikan tahun 2020	48
Gambar 18. Distribusi Perawat di pulau-pulau di Indonesia tahun 2020	49
Gambar 19. Distribusi Perawat berdasarkan Status Kepegawaian tahun 2020	50
Gambar 20. Distribusi Perawat berdasarkan Usia tahun 2020	50
Gambar 21. Distribusi Perawat berdasarkan Jenis Kelamin tahun 2020	51
Gambar 22. Keadaan, Kebutuhan, Kelebihan dan Kekurangan Perawat di Puskesmas dan Rumah Sakit tahun 2019	54
Gambar 23. Demand Peluang Kerja di Luar Negeri pada Sektor Kesehatan tahun 2019	58
Gambar 24. Persentase Kelulusan Perawat Indonesia dalam Ujian Nasional Perawat dan Careworker di Jepang tahun 2008-2020	65
Gambar 25. Penjenjangan Perawat Klinik melalui Pendidikan Formal	72
Gambar 26. Penjenjangan Perawat Klinik melalui Pendidikan Berkelanjutan.....	72

I. Sektor Pendidikan

a. Pendidikan dan Pelatihan

Pada tahun 2019 di Indonesia tercatat jumlah institusi pendidikan keperawatan sebanyak 534 institusi. Secara keseluruhan terdapat 1.058 program pendidikan keperawatan di Indonesia yang terdiri dari D3 sebanyak 413 program studi, D4/S1 sebanyak 342 program studi dan profesi sebanyak 280 program studi, sisanya sebanyak 23 adalah program studi S2 keatas. Kurikulum pendidikan dan pelatihan sudah diperbarui oleh kementerian terkait dan berbagai asosiasi pendidikan baik vokasi ataupun ners. Kurikulum tersebut mengacu dan selaras dengan regulasi yang ada, diantaranya adalah kompetensi inti *Association of Southeast Asian Nations* (ASEAN) serta kebutuhan stakeholder yang telah diimplementasikan ke mahasiswa keperawatan di Indonesia.

b. Regulasi Pendidikan dan Pelatihan

Peraturan yang menjadi pedoman dalam proses akreditasi yaitu: UU 12/2012, Permendikbud Nomor 3/2020, PerBan-PT Nomor 5/2019, PerBan-PT Nomor 4/2017, Permendikbud Nomor 5/2020, Peraturan LAM PTKes Nomor 2/2020, Permendikbud Nomor 7/2020. Ketetapan akreditasi berlaku dalam 5 tahun merujuk pada Permendikbud Nomor 5/2020 dan persetujuan standar akreditasi ditetapkan oleh rapat anggota, yang merupakan struktur organisasi tertinggi dalam LAM PTKes (terdiri dari ketua organisasi asosiasi profesi dan institusi pendidikan bidang kesehatan). Sementara itu Standar Nasional Profesi Keperawatan telah disusun oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), akan tetapi masih dalam proses penetapan (termasuk lingkup standar pendidikan interprofesionalisme). Jenjang karir perawat sendiri telah memiliki regulasi yaitu PMK 40/2017, tetapi belum semua fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan hal ini. Terkait dengan pengembangan karir perawat pola karir di Indonesia ada dua pola, yaitu jabatan fungsional perawat dan jenjang karir. Untuk jenjang karir sudah dijalankan di Rumah Sakit, meskipun belum semua.

c. **Pembiayaan Pendidikan**

Biaya pendidikan telah diatur didalam Permendikbud Nomor 25 Tahun 2020 yang menetapkan Standar Satuan Biaya Operasional Pendidikan Tinggi pada Perguruan Tinggi Negeri di Lingkungan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Akan tetapi besaran nominal biaya bergantung pada kebijakan universitas masing-masing dengan mengacu pada batas kewajaran pembiayaan.

2. Angkatan kerja

a. **Ketersediaan perawat**

Secara garis besar ketersediaan perawat di Indonesia sudah dapat mencukupi kebutuhan sesuai dengan jumlah penduduk dengan rasio diatas target nasional yaitu mencapai 2,46 per 1.000 penduduk. Jumlah perawat yang terdaftar dan memiliki STR hingga akhir tahun 2020 adalah 985.889 dengan sejumlah 592.342 STR berstatus aktif. Sebanyak 384.464 perawat dilaporkan bekerja pada Rumah Sakit, Puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya di seluruh Indonesia.

b. **Pergerakan Pasar Kerja Tenaga Keperawatan**

1) **Dinamika tenaga perawat dalam pasar kerja dalam negeri**

Pasar kerja perawat merupakan sistem yang dinamis dan kompleks untuk melihat ketersediaan dan kebutuhan perawat di tingkat nasional beserta faktor kontekstual lainnya. Tantangan terbesar adalah pada data serapan tenaga keperawatan di lapangan yang bersifat sektoral serta pelacakan lulusan keperawatan di pasar kerja beserta jumlah pengangguran bidang keperawatan. Ketersediaan lowongan keperawatan baik dalam negeri maupun luar negeri dilakukan baik oleh pemerintah ataupun swasta. Berdasarkan proyeksi target kebutuhan tenaga perawat, diperkirakan pada tahun 2021 Indonesia mengalami surplus 176.470 perawat dan kemungkinan akan terus meningkat jumlahnya hingga 695.217 perawat pada tahun 2025.

2) **Migrasi Perawat Indonesia ke Luar Negeri**

Selama periode tahun 20015-2020, sebanyak 6.393 perawat ditempatkan diluar negeri baik menduduki jabatan sebagai perawat maupun sebagai tenaga asisten perawat atau *careworker* di institusi perawatan lansia. Beberapa isu yang sering muncul dalam penajakan

Kerjasama luar negeri yaitu Bahasa, rekognisi, kompetensi dan sertifikasi. Isu lain yang kemudian muncul adalah terkait kontrak kerja yang meliputi hak dan kewajiban, perlindungan terhadap Perawat Migran Indonesia (PMI). Penempatan dan perlindungan tenaga perawat Indonesia ke luar negeri dilakukan oleh Badan Perlindungan Pekerja Migran Indonesia (BP2MI). Telah terdapat Kebijakan yang mengatur penempatan tenaga kerja luar negeri melalui berbagai macam mekanisme baik pemerintah ataupun swasta.

3) Migrasi Balik: Pendayagunaan Perawat Pasca Migrasi

Selain perluasan peluang kerja, Kemenkes mendorong pendayagunaan perawat keluar negeri untuk alih ilmu pengetahuan dan teknologi melalui optimalisasi strategi *brain circulation*. Hal ini ditempuh dengan mengupayakan pendayagunaan kembali para tenaga Kesehatan yang telah selesai bekerja di luar negeri atau dikenal dengan istilah *returnee*. Untuk mengoptimalkan terjadinya *brain circulation* Kemenkes sedang mengupayakan solusi untuk mengatasi *deskilling* serta menyusun kebijakan reintegrasi untuk mendorong pendayagunaan kembali untuk penguatan pelayanan kesehatan.

4) Karakteristik dan Kondisi Kerja

Karakteristik dan kondisi kerja bidang keperawatan bervariasi tergantung dari status kepemilikan fasilitas kesehatan (pemerintah/swasta atau organisasi kesehatan non-profit). Distribusi tenaga keperawatan menurut jam kerja dan karakteristik pasar tenaga kerja sangat penting untuk memahami dinamika ketenagakerjaan, dan sebagai dasar menjaga keseimbangan antara pekerjaan dan kehidupan. Di Indonesia sudah terdapat aturan yang mengatur standar jam kerja, tenaga kontrak, regulasi upah minimum beserta perlindungan sosial terhadap Perawat.

5) Penghasilan dan Remunerasi

Penghasilan, remunerasi dan pengembangan karir perawat diatur oleh pemerintah dengan mengikuti upah minimum yang ditetapkan oleh pemerintah pusat atau daerah. Penentuan upah minimum ini juga mempertimbangkan tingkat pendidikan, masa kerja serta berbagai tunjangan yang melekat. Pengembangan karir keperawatan saat ini sedang dikembangkan dan diuji coba di beberapa Rumah Sakit yang akan menjadi dasar penentuan pengembangan karir kedepan.



6) Pengembangan Karier Perawat

Setiap tenaga perawat berhak untuk memperoleh pengembangan karir yang jelas. Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Permenkes Nomor 40 tahun 2017 tentang jenjang karir perawat, dan bagi tenaga perawat dengan status ASN telah terbit pula Permenpan RB Nomor 35 tahun 2019 tentang Jabatan Fungsional Perawat. Namun dalam pelaksanaannya belum optimal. Tidak ada kewajiban dari RS untuk menerapkan PMK 40/2017 karena ada perbedaan persyaratan tiap tipe RS.

3. Pelayanan Kesehatan pada masyarakat

a. Komposisi Tenaga Perawat di Rumah Sakit

Perawat merupakan salah satu jenis tenaga kesehatan dengan jumlah mayoritas dibanding jenis tenaga kesehatan lainnya. Berdasarkan spesialisasi, Perawat terbagi menjadi Ners spesialis keperawatan baik itu maternitas, medikal bedah, jiwa dan anak. Pengembangan Ners spesialis sangat dimungkinkan dengan melihat kebutuhan dari pengguna dan industri kesehatan.

b. Kebijakan Terkait Praktik Keperawatan

Kebijakan pemerintah dalam dunia keperawatan telah diatur dalam Undang-Undang (UU) Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan. Dalam UU tersebut, jenis perawat terdiri atas perawat profesi dan vokasi. Perawat profesi dibagi lagi menjadi Ners dan Ners spesialis. Perawat yang menjalankan praktik keperawatan wajib memiliki izin atau Surat Tanda Registrasi dan perawat yang menjalankan praktik mandiri harus memasang papan nama Praktik Keperawatan. Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, perawat bertugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, penyuluh dan konselor bagi klien, pengelola pelayanan keperawatan, peneliti keperawatan, pelaksana tugas berdasarkan wewenang dan atau pelaksana tugas sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Terdapat mekanisme penyusunan kebijakan perawat yang melibatkan semua stakeholder terkait untuk mengembangkan jenjang karir perawat yang berkelanjutan.

c. Sistem Informasi SDM Kesehatan

Sistem Informasi SDM Kesehatan telah dibangun oleh pemerintah dengan kerjasama Internasional yang salah satunya membangun *National Health Workforce Account (NHWA)*. Sistem Informasi SDM Kesehatan digunakan untuk pelaporan Kesehatan Internasional, pelaporan produksi perawat melalui pendidikan dan pelatihan dan pelaporan tenaga Perawat di pasar kerja.

KEMENKES RI

Beberapa rekomendasi kebijakan yang bisa diberikan berdasarkan kajian yang telah dilakukan diantaranya:

1. Ketersediaan perawat secara nasional telah mencukupi baik dari sisi jumlah ataupun rasio perawat dibanding jumlah penduduk. Namun demikian upaya strategis sangat diperlukan guna menyeimbangkan antara *supply* dan *demand* secara komprehensif agar tenaga keperawatan dapat dimanfaatkan dalam pemenuhan kebutuhan nasional dan global secara optimal.
2. Pendidikan dan pelatihan perawat perlu mengacu pada perbaikan mutu lulusan yang berkesinambungan dengan mempertimbangkan kebutuhan nasional dan Internasional.
3. Perlu dilakukan penguatan regulasi pendidikan interprofesional antara institusi pendidikan keperawatan dan institusi pendidikan tenaga kesehatan lainnya dengan fokus pada peningkatan kualitas lulusan dan mutu pendidikan.
4. Regulasi biaya pendidikan keperawatan telah diatur pemerintah dalam Standar Satuan Biaya Operasional Pendidikan Tinggi pada Perguruan Tinggi, namun regulasi terkait biaya pelatihan *in-service* dan pengembangan profesi berkelanjutan memerlukan standarisasi.
5. Integrasi data pasar kerja perawat yang bersifat sektoral perlu dilakukan dalam satu platform guna melacak lulusan, jumlah yang masuk dan keluar pasar kerja keperawatan dan terutama jumlah pencari kerja dan pengangguran yang ada di keperawatan.
6. Diperlukan kajian karakteristik dan kondisi kerja tenaga keperawatan terutama dari sektor swasta dan publik guna memberikan panduan opsi kebijakan yang terarah bagi perbaikan aspek ini.
7. Perlu kajian mendalam mengenai penghasilan dan remunerasi perawat yang lebih komprehensif terutama dari sektor swasta.
8. Komposisi Perawat berdasarkan spesialisasi di fasilitas kesehatan perlu dipetakan untuk melihat kebutuhan spesialis keperawatan dalam jangka waktu tertentu.

9. Penguatan peran stakeholder yang terkait dengan profesi perawat perlu dilakukan khususnya yang bersifat multisektoral baik antar pemerintah pusat ataupun daerah.
10. Integrasi dan interoperabilitas Sistem Informasi SDM Kesehatan (SI SDM K) perlu ditingkatkan khususnya terkait dengan integrasi serta kualitas data yang berkesinambungan.
11. Pergerakan pasar Perawat Indonesia ke luar negeri memerlukan upaya inovasi dan akselerasi guna memenuhi kebutuhan global yang diprediksi akan semakin meningkat tiap tahunnya.
12. Penempatan dan perlindungan tenaga perawat Indonesia ke luar negeri telah dilakukan dengan berbagai regulasi dan kebijakan yang terarah serta koordinatif antara negara pengirim dan tujuan.

KEMENKES RI

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sumber daya bidang kesehatan yang sangat strategis salah satunya adalah Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK). Dalam Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, dijelaskan SDM Kesehatan mencakup tenaga kesehatan dan tenaga penunjang kesehatan (Sekretariat Kabinet, 2012). Dalam ketentuan UU Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan bahwa tenaga kesehatan dipandang berperan sentral dalam pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas demi mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi 13 jenis yang terdiri dari : 1) tenaga medis, 2) tenaga psikologis klinis, 3) tenaga keperawatan, 4) tenaga kebidanan, 5) tenaga kefarmasian, 6) tenaga kesehatan masyarakat, 7) tenaga kesehatan lingkungan, 8) tenaga gizi, 9) tenaga keterampilan fisik, 10) tenaga keteknisian medis, 11) tenaga teknik biomedika; 12) tenaga kesehatan tradisional, dan 13) tenaga kesehatan lainnya.

Dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat, pemenuhan tenaga kesehatan untuk berbagai fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu isu yang masih mengemuka dikarenakan jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang belum sesuai dengan kebutuhan serta distribusinya yang belum merata di seluruh wilayah Indonesia. Strategi pemenuhan tenaga kesehatan dilakukan melalui serangkaian upaya pengelolaan tenaga kesehatan. Pengelolaan tenaga kesehatan berawal dari perencanaan SDM Kesehatan yang secara umum menyandingkan dan membandingkan dua faktor yaitu ketersediaan dan proyeksi kebutuhan. Ketersediaan adalah stok tenaga kesehatan yang ada atau dimiliki saat ini, sementara proyeksi kebutuhan adalah upaya untuk melihat kebutuhan tenaga kesehatan di masa mendatang. Adanya perbedaan proyeksi dan kebutuhan tenaga kesehatan sangat mungkin, mengingat pergerakan tenaga kesehatan yang demikian dinamis. Dinamika tenaga kesehatan ini terjadi oleh karena ketersediaan tenaga kesehatan sangat mudah berubah (*volatile*), dimana keberadaan tenaga kesehatan bergerak sesuai dengan perubahan situasi dan kondisi lingkungan strategis, serta tentunya aspek sumber daya manusianya.

Proyeksi kebutuhan tenaga kesehatan dalam Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan (RPTK) 2011-2020 menetapkan target rasio per 100.000 penduduk pada tahun 2019 untuk tenaga dokter (45), perawat (180) dan bidan (120). Pada tahun 2019, merujuk pada angka kumulatif tenaga kesehatan yang teregistrasi di Konsil Kedokteran Indonesia dan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia, secara berturut-turut rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk adalah dokter umum (52), perawat (246) dan bidan (227) (Kemenkes, 2019). Pada tahun 2020, rasio gabungan tenaga kesehatan berdasarkan data dokter, perawat dan bidan yang telah tergistrasi adalah 6,94 per 1000 penduduk (Kemenkes, 2020). Hal ini menunjukkan secara kuantitas, ketersediaan tenaga kesehatan di Indonesia telah melampaui target nasional dan berada diatas ambang batas minimal yang ditentukan Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO). Sebagaimana diketahui, pada tahun 2006 WHO menetapkan ambang batas minimal tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan bidan) yaitu 2,28 per 1.000 penduduk (*World Health Organization*, 2006), yang kemudian diperbarui dalam konteks mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs) menjadi 4,45 per 1.000 penduduk (*World Health Organization*, 2016).

Sektor kesehatan merupakan sektor yang seharusnya paling banyak menyerap SDM Kesehatan Indonesia. Namun, dampak dari perekonomian global menyebabkan tenaga kerja belum tentu bekerja sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi pendidikannya. Kesenjangan yang terlihat antara ketersediaan dan proyeksi kebutuhan tenaga kesehatan sesuai target nasional menimbulkan pemikiran adanya potensi tenaga kesehatan yang tersedia tidak terserap seluruhnya untuk didayagunakan untuk sektor kesehatan dalam negeri. Kementerian Kesehatan dalam hal ini melakukan upaya strategis untuk mendayagunakan tenaga kesehatan baik untuk pasar dalam negeri ataupun luar negeri. Pendayagunaan tenaga kesehatan ke luar negeri hanya dapat dilaksanakan setelah kebutuhan di dalam negeri terpenuhi, artinya diprioritaskan untuk jenis tenaga kesehatan dengan status berlebih.

Sebagaimana hukum ekonomi, pasar kerja tenaga kesehatan adalah suatu titik temu yang saling interaktif antara permintaan tenaga kesehatan baik dari sektor swasta dan pemerintah dengan penawaran tenaga kesehatan yang tersedia, yang berinteraksi menciptakan pasar kerja SDM Kesehatan (*Scheffler et al.*, 2012). Permintaan adalah jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan untuk mendukung sistem kesehatan dan berkaitan dengan kondisi ekonomi

suatu negara (Buchan & Dhillon, 2017). Analisis terhadap pasar tenaga kerja kesehatan sangat penting untuk dilakukan agar menjadi basis yang kuat bagi pemerintah dalam menghasilkan formulasi dari strategi tenaga kerja kesehatan nasional dan mobilisasi sumber daya dengan menggunakan informasi yang tersedia serta data terbaru. Interaksi antara permintaan dan penawaran tenaga kesehatan menjadi aspek penentu yang berkaitan dengan remunerasi dan kompensasi yang diterima, lokasi dan jenis sarana yang menjadi tempat kerja tenaga kesehatan. Namun demikian, secara komprehensif, pasar kerja tenaga kesehatan juga perlu melihat aspek produktifitas dan kinerja tenaga kesehatan yang dapat diukur dari kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan (Scheffler et al., 2012).

Dalam konteks analisis ketenagakerjaan, kajian pasar kerja serupa telah dilakukan oleh Kementerian Ketenagakerjaan (Kemnaker) dengan tujuan terdapat kelebihan jumlah tenaga keperawatan sebesar 219.257 perawat (Kemnaker, 2019). Namun, analisis pasar kerja yang komprehensif dengan fokus pada pemenuhan pasar kerja tenaga kesehatan tingkat global belum dilakukan sehingga Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan mitra peneliti melakukan analisis kebijakan pemenuhan pasar kerja di tingkat global. Dalam kajian ini, Kementerian Kesehatan juga akan memfokuskan pada perawat mengingat saat ini di tingkat global permintaan dan penawaran tenaga kesehatan terbanyak adalah pada kelompok tenaga keperawatan.

1.2 Tujuan

Kajian ini bertujuan untuk:

- a. Mengetahui situasi terkini pasar kerja perawat di Indonesia menurut para pemangku kepentingan,
- b. Menganalisis suplai dan kebutuhan tenaga perawat untuk tingkat global,
- c. Menyusun strategi dan rekomendasi kebijakan pemenuhan pasar kerja tenaga perawat di tingkat global.

1.3 Ruang Lingkup dan Kerangka Konsep

Ruang lingkup kajian ini adalah situasi terkini pasar kerja perawat, analisis permintaan dan penawaran tenaga perawat serta kebijakan pemenuhan pasar kerja tenaga perawat di Indonesia dan tingkat global.

Dalam rangka mencapai cakupan kesehatan semesta yang menjadi bagian tujuan pokok pembangunan kesehatan berkelanjutan, WHO menekankan pentingnya keterlibatan semua sektor dalam pasar kerja tenaga kesehatan. WHO merekomendasikan kerangka kerja dinamika pasar kerja tenaga kesehatan yang sejalan dengan konsep *National Health Workforce Account* (WHO, 2017). Kerangka konsep pada kajian ini secara lebih sederhana mencakup 3 dimensi utama yang saling terkait yaitu pada situasi sektor pendidikan dan dinamika pasar kerja sebagaimana pada Gambar 1.



Gambar 1. Kerangka Konsep Kajian Pasar Perawat Tingkat Global

Dimensi pada sektor pendidikan dalam kajian ini mencakup pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan beserta regulasi untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang kompeten. Untuk menganalisa dinamika pasar kerja, kajian mencakup dimensi angkatan kerja dan dimensi upaya pemenuhan tenaga kesehatan untuk pelayanan kesehatan yang berkualitas. Namun dengan mempertimbangkan keterbatasan data yang ada, analisis berfokus pada tenaga kesehatan yang dilaporkan bekerja pada sektor kesehatan, sedangkan untuk tenaga kesehatan yang tidak bekerja atau meninggalkan pasar kerja maupun bergabung pada sektor diluar kesehatan hanya didasarkan pada asumsi.

1.4 Metodologi

Data dan Instrumen

Data utama yang digunakan adalah data SI-SDMK Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan dan data Pangkalan Data DIKTI Kemendikbud. Data lain yang dibutuhkan adalah data dari unit lain yang dikumpulkan secara kualitatif di Kementerian Kesehatan, Kementerian Ketenagakerjaan, BP2MI, Organisasi Profesi, Asosiasi Pendidikan serta data penunjang lainnya. Aspek kualitatif dalam kajian ini diinvestigasi melalui wawancara dan *Focus Group Discussion* (FGD) melibatkan stakeholder terkait. Sesuai dengan dimensi pokok dalam kerangka konsep kajian ini, proses wawancara dan FGD menggunakan panduan instrument terstruktur yang bersumber pada 10 modul NHWA sebagai berikut:

1. Pendidikan (3 modul): Pendidikan dan pelatihan, regulasi di bidang Pendidikan dan pelatihan, dan pembiayaan Pendidikan.
2. Angkatan kerja (4 modul): ketersediaan tenaga kesehatan, pergerakan pasar kerja tenaga kesehatan, karakteristik pekerjaan dan kondisi lingkungan kerja, dan pembiayaan/remunerasi tenaga kesehatan.
3. Pelayanan kesehatan kepada masyarakat (3 modul): komposisi skill-mix untuk model pelayanan kesehatan, tata kelola dan kebijakan tenaga kesehatan, dan system informasi tenaga kesehatan.

Secara rinci berdasarkan 10 modul tersebut, informasi yang dibutuhkan adalah (1) ketersediaan perawat; (2) pendidikan dan pelatihan perawat; (3) regulasi; (4) biaya pendidikan; (5) pergerakan pasar kerja perawat; (6) karakteristik pekerjaan dan kondisi kerja; (7) penghasilan, remunerasi dan pengembangan karir; (8) komposisi perawat di RS; (9) kebijakan pemerintah terkait perawat; (10) Sistem Informasi SDM. Selain itu, untuk mengetahui informasi pergerakan pasar kerja perawat ke luar negeri, disusun modul tentang kebijakan dan pelaksanaan pendayagunaan perawat Indonesia ke luar negeri.

Analisis

Analisis yang digunakan melalui pendekatan kuantitatif (data berbagai jenis stakeholder) dan pendekatan kualitatif. Hasil wawancara dan FGD, dokumen kebijakan serta literatur yang terkait dianalisis secara naratif. Selanjutnya, data kuantitatif disajikan secara deskriptif, untuk menyandingkan kondisi terkini di Indonesia dengan kondisi pasar kerja di luar negeri.

1.5 Output

Output yang dihasilkan dari kajian ini adalah diperolehnya situasi terkini pasar kerja perawat, hasil analisis permintaan dan penawaran perawat serta strategi dan rekomendasi kebijakan pemenuhan pasar kerja tenaga perawat di Indonesia dan tingkat global.

KEMENKES RI

BAB II TINJAUAN LITERATUR

2.1 Regulasi Tenaga Keperawatan di Indonesia

Berdasarkan UU Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, definisi perawat yaitu seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Lebih lanjut dijelaskan dalam UU tersebut, terdapat dua jenis perawat yaitu perawat vokasi dan perawat profesi. Perawat profesi terdiri dari perawat ners dan ners spesialis. Perawat profesional wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yaitu bukti tertulis yang diberikan oleh Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia Kementerian Kesehatan kepada Perawat yang telah diregistrasi. Secara rinci, UU Nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan menjelaskan jenis-jenis perawat termasuk diantaranya yaitu: a) perawat kesehatan masyarakat, b) perawat kesehatan anak, c) perawat maternitas, d) perawat medikal bedah, e) perawat geriatri dan f) perawat kesehatan jiwa.

Menurut Permenkes Nomor 83 Tahun 2019 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Untuk melakukan upaya kesehatan tenaga kesehatan perlu diregistrasi. Tenaga kesehatan yang teregistrasi adalah tenaga kesehatan yang tercatat secara resmi, telah memiliki sertifikat kompetensi dan memiliki kualifikasi tertentu lainnya, serta diakui secara hukum untuk menjalankan praktik dan/atau pekerjaan profesinya. Dapat dikatakan, bahwa tenaga kesehatan teregistrasi adalah tenaga kesehatan yang sudah memiliki STR. Registrasi tenaga kesehatan bertujuan untuk menjamin kualitas tenaga kesehatan, dan mutlak diperlukan guna memastikan kesiapan tenaga kesehatan untuk didayagunakan sesuai dengan kompetensinya. Bagi perawat yang ingin melakukan praktek, maka diwajibkan memiliki Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) yaitu bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota kepada Perawat sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik keperawatan (UU 38 RI, 2014; Permenkes 83, 2019).

Kelebihan tenaga keperawatan di berbagai daerah telah berkontribusi pada kelebihan jumlah perawat secara nasional. Terbatasnya kapasitas sektor kesehatan publik dan swasta untuk mempekerjakan perawat merupakan salah satu faktor penghambat. Distribusi perawat yang tidak seimbang dalam provinsi mungkin merupakan dampak dari sistem desentralisasi, yang memungkinkan pemerintah daerah untuk mempekerjakan tenaga kesehatan secara langsung tergantung kapasitas fiskal setempat (Efendi et al., 2018). Di era globalisasi saat ini, pasar kerja tenaga perawat dalam negeri tidak hanya ditentukan oleh kondisi *supply* dan *demand* tenaga perawat di negara tersebut namun dipengaruhi oleh situasi di seluruh dunia. Kebijakan Pemerintah Indonesia yang tertuang dalam Permenkes Nomor 37 tahun 2015 menyatakan bahwa prinsip pendayagunaan tenaga kesehatan Indonesia ke luar negeri merupakan kebijakan alternatif dalam pendayagunaan tenaga kesehatan dan dilakukan dalam rangka alih ilmu pengetahuan dan teknologi. Pendayagunaan tenaga kesehatan Indonesia ke luar negeri dilakukan dalam rangka membuka peluang kerja bagi SDM Kesehatan Indonesia dan dalam rangka *transfer of knowledge*. Oleh karena itu, tenaga kesehatan Indonesia yang telah bekerja di luar negeri, diharapkan dapat kembali ke Indonesia dan berbagi pengetahuan yang telah diperoleh setelah bekerja di luar negeri.

Namun yang seringkali menjadi kendala bagi tenaga perawat Indonesia yang akan bekerja di luar negeri adalah persyaratan bahasa, pengalaman kerja dan sertifikasi di negara tujuan. Minat untuk bekerja di luar negeri sudah harus dikembangkan sejak dari tingkat pendidikan. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) bersama beberapa institusi pendidikan berupaya untuk mengetahui minat perawat keluar negeri (dalam konteks studi penempatan tenaga perawat ke Jepang). Dalam studi diperoleh hasil bahwa sebanyak 91% dari 1.407 mahasiswa keperawatan menyampaikan minat bekerja keluar negeri dan 50% menyatakan akan mendaftar untuk bekerja di luar negeri. Dalam studi ini, peminat lebih cenderung berasal dari luar Jawa (Efendi et al., 2020).

2.2 Sistem Pendidikan Perawat di Indonesia

Pendidikan merupakan kriteria pertama untuk menciptakan tenaga keperawatan yang kompeten, harus ditingkatkan dengan tujuan utama bersaing di pasar tenaga kerja global. Saat ini yang menjadi permasalahan adalah kualitas lulusan tenaga perawat. Dengan semakin menjamurnya institusi pendidikan keperawatan diperlukan kendali agar kualitas lulusan yang dihasilkan lebih terjamin.

Pendidikan Keperawatan di Indonesia mengacu kepada UU Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional yang mencakup tiga tahap, yaitu:

1. Pendidikan Vokasional, yaitu jenis Pendidikan Diploma Tiga (D3) Keperawatan yang diselenggarakan oleh pendidikan tinggi keperawatan untuk menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi sebagai pelaksana asuhan keperawatan;
2. Pendidikan Akademik, yaitu pendidikan tinggi program sarjana dan pasca sarjana yang diarahkan terutama pada penguasaan disiplin ilmu pengetahuan tertentu;
3. Pendidikan Profesi, yaitu pendidikan tinggi setelah program sarjana yang mempersiapkan peserta didik untuk memiliki pekerjaan dengan persyaratan keahlian khusus (program spesialis dan doktor keperawatan).

Pendidikan Keperawatan diselenggarakan berdasarkan kebutuhan akan pelayanan keperawatan, seperti yang tercantum dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 1 Ayat (6), yang menyebutkan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Adapun sebutan gelar untuk jenjang pendidikan tinggi keperawatan adalah:

1. Pendidikan jenjang D3 keperawatan lulusannya mendapat sebutan Ahli Madya Keperawatan (AMd.Kep);
2. Pendidikan jenjang Ners (Nurse) yaitu (level Sarjana plus Profesi), lulusannya mendapat sebutan Ners (Nurse), sebutan gelarnya (Ns);
3. Pendidikan jenjang Magister Keperawatan, lulusannya mendapat gelar (M.Kep);
4. Pendidikan jenjang spesialis keperawatan, terdiri dari:
 - a. Spesialis Keperawatan Medikal Bedah, lulusannya (Sp.KMB);
 - b. Spesialis Keperawatan Maternitas, lulusannya (Sp.Kep.Mat);
 - c. Spesialis Keperawatan Komunitas, lulusannya (Sp.Kep.Kom);
 - d. Spesialis Keperawatan Anak, lulusannya (Sp.Kep.Anak);
 - e. Spesialis Keperawatan Jiwa, lulusannya (Sp. Kep.Jiwa);
5. Pendidikan jenjang Doktor Keperawatan, lulusannya (Dr. Kep).

Penyetaraan capaian pembelajaran yang dihasilkan melalui pendidikan dengan jenjang kualifikasi pada Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI). Dasar hukum yang mengatur KKNI adalah Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012

yang mengacu pada ketentuan perundangan di atasnya (Sekretariat Kabinet, 2012). Dalam ketentuan dimaksud, KKNl merupakan kerangka penjenjangan kualifikasi kompetensi yang dapat menyandingkan, menyetarakan, dan mengintegrasikan antara bidang pendidikan dan bidang pelatihan kerja serta pengalaman kerja dalam rangka pemberian pengakuan kompetensi kerja sesuai dengan struktur pekerjaan di berbagai sektor. Penjenjangan untuk setiap level terdiri atas:

- lulusan pendidikan dasar setara dengan jenjang 1;
- lulusan pendidikan menengah paling rendah setara dengan jenjang 2;
- lulusan Diploma 1 paling rendah setara dengan jenjang 3;
- lulusan Diploma 2 paling rendah setara dengan jenjang 4;
- lulusan Diploma 3 paling rendah setara dengan jenjang 5;
- lulusan Diploma 4 atau Sarjana Terapan dan Sarjana paling rendah setara dengan jenjang 6;
- lulusan Magister Terapan dan Magister paling rendah setara dengan jenjang 8;
- lulusan Doktor Terapan dan Doktor setara dengan jenjang 9;
- lulusan pendidikan profesi setara dengan jenjang 7 atau 8;
- lulusan pendidikan spesialis setara dengan jenjang 8 atau 9.

Penjelasan lengkap seperti dilihat di Gambar 2.



Gambar 2. Jenjang Pendidikan Level KKNl (sumber: Kemristekdikti)

Profil Lulusan D3 Keperawatan berdasarkan jenjang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) level 5. Profil lulusan D4+profesi berdasarkan jenjang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) level 7.

Untuk melaksanakan ketentuan UU Nomor 36 tahun 2014 perlu ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Profesi Perawat. Sesuai dengan Kepmenkes Nomor 425 tahun 2020 tentang Standar Profesi Perawat, Standar Kompetensi Perawat terdiri atas 5 (lima) area kompetensi yang diturunkan dari gambaran tugas, peran, dan fungsi perawat. Area kompetensi juga merupakan adaptasi dari 5 (lima) *domains of the ASEAN Nursing Common Care Competencies* yang merupakan kesepakatan seluruh negara-negara anggota ASEAN. Area kompetensi tersebut sebagai berikut:

1. Praktik berdasarkan Etik, Legal, dan Peka Budaya
2. Praktik Keperawatan Profesional
3. Kepemimpinan dan Manajemen
4. Pendidikan dan Penelitian
5. Pengembangan Kualitas Personal dan Profesional

Semakin banyaknya institusi pendidikan keperawatan di Indonesia, menimbulkan permasalahan baru yaitu kualitas lulusan keperawatan. Untuk menjamin kualitas lulusan keperawatan telah ditetapkan mekanisme registrasi dan uji kompetensi bagi perawat yang akan melakukan layanan keperawatan. Untuk menjamin institusi pendidikan dapat menghasilkan lulusan yang berkualitas, ditetapkan standar akreditasi bagi institusi pendidikan. Sesuai dengan Permendikbud Nomor 20 tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi disebutkan bahwa akreditasi merupakan sistem penjaminan mutu eksternal sebagai bagian dari sistem penjaminan mutu Pendidikan tinggi. Akreditasi perguruan tinggi diterbitkan oleh BAN-PT dan akreditasi program studi ditetapkan oleh LAM-PTKes. Akreditasi yang diterbitkan berlaku selama 5 tahun dan dapat diperpanjang.

Undang-undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan pada Bab III Pasal 16 menyatakan bahwa setiap lulusan institusi pendidikan keperawatan wajib ikut dan dinyatakan lulus dalam uji kompetensi (Ukom) sebagai bukti bahwa lulusan telah memenuhi standar kompetensi kerja. Ukom dilaksanakan oleh Panitia Uji Kompetensi Tenaga Kesehatan Nasional sebanyak 2 kali dalam setahun. Sertifikat lulus Ukom nantinya digunakan untuk mendapatkan Surat Tanda Registrasi (STR) dari Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI). Rata-rata waktu yang dibutuhkan dari lulus sampai pelaksanaan Ukom adalah 3

bulan. Ketidakilulusan dalam uji kompetensi dapat menjadi penghambat dan turut mempengaruhi lama masa tunggu lulusan untuk mendapatkan pekerjaan yang pertama. Alumni yang belum dinyatakan lulus Ukom juga akan tetap menjadi tanggung jawab institusi pendidikan keperawatan. Institusi pendidikan keperawatan melalui asosiasi telah memberikan usulan pada penyelenggara Ukom untuk meminimalkan hambatan ini, yakni dengan memperbanyak frekuensi pelaksanaan Ukom dalam setahun, melaksanakan try out, dan menjajaki kemungkinan adanya mekanisme/regulasi bahwa mahasiswa dapat mengikuti Ukom meskipun belum dinyatakan lulus dari jenjang pendidikan yang ditempuh.

Mutu pendidikan yang harus dijamin oleh institusi pendidikan tentu saja memiliki konsekuensi terhadap pembiayaan pendidikan. Biaya pendidikan ini digunakan oleh institusi untuk mendanai kegiatan operasional yang berkaitan langsung dengan penyelenggaraan program studi dan pengelolaan institusi yang secara tidak langsung dapat mendukung penyelenggaraan Program Studi. Oleh karena itu, besaran biaya pendidikan yang dibebankan oleh setiap institusi pendidikan keperawatan kepada peserta didiknya bisa berbeda-beda. Namun, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan telah menetapkan standar biaya pendidikan melalui Permendikbud Nomor 25 Tahun 2020 tentang Standar Satuan Biaya Operasional Pendidikan Tinggi pada Perguruan Tinggi Negeri di Lingkungan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan sebagai acuan untuk menghitung biaya pendidikan yang dibebankan kepada peserta didik agar sesuai dan wajar.

Peningkatan kompetensi dan karir perawat tidak hanya dilakukan dengan mengikuti jenjang pendidikan formal, tetapi juga pengembangan profesional berkelanjutan melalui pelatihan (termasuk *in-service training*). Secara nasional, belum ada regulasi dan sistem khusus berkaitan dengan biaya pelatihan tenaga kesehatan, khususnya perawat. Kebijakan mengenai jenis pelatihan yang diikuti dan pembiayaannya diatur oleh fasilitas pelayanan kesehatan dimana perawat tersebut bekerja.

Tabel 1. Perbandingan SKS, Masa Studi dan Profil Lulusan D3, D4, S1 dan Profesi Ners

No	Kriteria	D3	D4	S1	Profesi Ners
1	Jumlah SKS	Min 110 SKS	Min 144 SKS	Min 144 SKS	Min 144 SKS + 36 SKS
2	Masa Studi Reguler	6 semester	8 semester	8 semester	10 semester
3	Profil Lulusan	Pemberi asuhan keperawatan , mampu memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, dan kelompok khusus di tatanan klinik dan komunitas untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang meliputi aspek bio, psiko, sosio, kultural, dan spiritual dalam kondisi sehat, sakit serta kegawatdaruratan berdasarkan ilmu dan teknologi keperawatan dengan memegang teguh kode etik perawat	Pemberi asuhan keperawatan , mampu memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, dan kelompok khusus di tatanan klinik dan komunitas untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang meliputi aspek bio, psiko, sosio, kultural, dan spiritual dalam kondisi sehat, sakit serta kegawatdaruratan berdasarkan ilmu dan teknologi keperawatan dengan memegang teguh kode etik perawat	Pemberi asuhan keperawatan , mampu memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, dan kelompok khusus di tatanan klinik dan komunitas untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang meliputi aspek bio, psiko, sosio, kultural, dan spiritual dalam kondisi sehat, sakit serta kegawatdaruratan berdasarkan ilmu dan teknologi keperawatan dengan memegang teguh kode etik perawat	Pemberi asuhan keperawatan , mampu memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, dan kelompok khusus di tatanan klinik dan komunitas untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang meliputi aspek bio, psiko, sosio, kultural, dan spiritual dalam kondisi sehat, sakit serta kegawatdaruratan berdasarkan ilmu dan teknologi keperawatan dengan memegang teguh kode etik perawat
		Pendidik Idien , mampu untuk memberikan pendidikan kesehatan sebagai upaya promosi dan prevensi kesehatan kepada individu, keluarga, dan kelompok khusus di tatanan klinik dan komunitas	Pendidik Idien , mendidik klien (individu, keluarga dan masyarakat) melalui kewenangannya untuk memberikan informasi / pengetahuan dan kemampuan praktis agar klien lebih sadar pada budaya sehat serta mampu mandiri dalam menjaga dan merawat kesehatannya	Pendidikan dan Promosi Kesehatan bagi Klien , mampu menjadi pendidik yang handal bagi kelompoknya. Kemampuan ini diperoleh melalui kegiatan transfer ilmu dalam kelompok mahasiswa, perawat, maupun dengan kelompok kebutuhan tertentu. Dalam perannya sebagai pendidik, lulusan mampu sebagai model peran untuk menstimulasi, memotivasi, mengajar, dan menerima umpan balik	Pendidik klien , mendidik klien (individu, keluarga dan masyarakat) melalui kewenangannya untuk memberikan informasi / pengetahuan dan kemampuan praktis agar klien lebih sadar pada budaya sehat serta mampu mandiri dalam menjaga dan merawat kesehatannya di tatanan klinik dan komunitas melalui interaksi dan komunikasi yang efektif

No	Kriteria	D3	D4	S1	Profesi Ners
		Pengelola asuhan keperawatan , mampu untuk mengelola kegiatan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, dan kelompok khusus didalam tim keperawatan.	Pengelola asuhan keperawatan , mampu untuk mengelola layanan kesehatan / asuhan keperawatan pada tatanan pelayanan kesehatan di rumah sakit, keluarga dan masyarakat serta mengambil keputusan dalam konteks asuhan dan pelayanan keperawatan di RS dan masyarakat yang berdampak pada pencapaian hasil kerja organisasi.	Pengelola dan pemimpin praktik /ruangan , mampu melakukan koordinasi dan kolaborasi dalam rangka mengelola tim dan pelayanan keperawatan pada tatanan Rumah Sakit maupun masyarakat.	Pengelola dan pemimpin pelayanan keperawatan , menjadi bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang mampu mengelola dan memimpin pelaksanaan pelayanan dan asuhan keperawatan melalui interaksi, transaksi dan kolaborasi dalam tim pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun komunitas dalam lingkup tanggung jawabnya.
		Pengguna hasil penelitian , mampu untuk menggunakan hasil penelitian sebagai dasar didalam melaksanakan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, dan kelompok khusus	Peneliti terapan , mampu untuk melakukan penelitian bidang keperawatan terapan untuk mendapatkan cara atau metode pelayanan kesehatan yang baru dengan memanfaatkan ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK)	Peneliti , mampu melaksanakan penelitian penelitian di bidang keperawatan khususnya cronic care untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan	Peneliti , mampu melaksanakan penelitian sebagai dasar dalam pengembangan standar praktik dalam tatanan pelayanan kesehatan di rumah sakit dan komunitas
			Penggerak masyarakat / Pemberdaya masyarakat , mampu menggerakkan masyarakat untuk berbudaya sehat melalui upaya promotif dan preventif untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya	Komunikator sebagai pemberi layanan kesehatan , mampu berinteraksi dan bertransaksi secara harmonis, terapeutik serta asertif dengan klien, keluarga, dan tim kesehatan.	Penggerak masyarakat / Pemberdaya masyarakat , mampu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat dalam mencapai hidup sehat melalui upaya promotif dan preventif serta konseling untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya

No	Kriteria	D3	D4	S1	Profesi Ners
					Komunikator sebagai pemberi layanan kesehatan, mampu menampilkan kemampuan berinteraksi dan berkomunikasi secara efektif, terapeutik terhadap klien (individu, keluarga, komunitas) serta kemampuan membangun komunikasi dengan teman sejawat dan tim kesehatan lain.

Penyelenggaraan pendidikan profesi Ners berdasarkan pengembangan kurikulum yang diarahkan untuk mempersiapkan mahasiswa dalam pekerjaan yang memerlukan persyaratan keahlian khusus sesuai amanah Undang-undang Nomor 12 tahun 2012. Kompetensi yang dicapai pada Program Profesi Ners yaitu melaksanakan asuhan keperawatan di 11 bidang keperawatan yaitu Keperawatan Medikal, Keperawatan Bedah, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak, Keperawatan Kritis, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik dan Manajemen Keperawatan, serta satu bidang keperawatan unggulan yaitu Keperawatan Paliatif dan Pendampingan Orang Sakit. Pendidikan Profesi (Ners) ditempuh selama dua semester atau 36 SKS. Program ini ditempuh setelah menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan. Penyelenggaraan pendidikan profesi ners di Poltekkes Kemenkes dalam implementasi pembelajaran menggunakan kurikulum Pendidikan Diploma IV/ Sarjana Terapan Keperawatan tahun 2013 dan kurikulum pendidikan profesi Ners. (AIPNI tahun 2015).

Mengacu pada Permenkes Nomor 80 tahun 2016 tentang Asisten Tenaga Kesehatan, terdapat beberapa jenis asisten tenaga kesehatan diantaranya adalah asisten perawat. Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/ atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga. Dalam menjalankan pekerjaan keperawatan, Asisten Perawat disupervisi oleh perawat. Lingkup pekerjaan Asisten Perawat meliputi: (a) melakukan kebersihan lingkungan keperawatan pasien, meja, tempat tidur,

dan kelengkapannya; (b) melakukan *personal hygiene* pasien termasuk asistensi terhadap pasien; (c) melakukan pencucian peralatan dan melakukan dekontaminasi peralatan keperawatan; (d) membersihkan dan merapihkan alat tenun dan tempat tidur pasien; (e) melakukan asistensi penggantian alat tenun tempat tidur yang ada pasien di atasnya; dan (f) mengidentifikasi dan melaporkan situasi lingkungan yang dapat membahayakan keselamatan klien/pasien.

2.3 *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*

The Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (GCP) merupakan kode etik bersifat sukarela yang mengatur praktik rekrutmen SDM kesehatan lintas negara dan telah disetujui oleh semua negara anggota WHO pada tahun 2010. Penetapan GCP didasari adanya peningkatan arus migrasi tenaga Kesehatan dari negara sedang berkembang ke negara maju. Migrasi tanpa pengaturan yang berkeadilan berpotensi merugikan negara-negara pengirim yang mengalami masalah kronis kekurangan tenaga Kesehatan dan dapat memperlemah sistem kesehatan nasionalnya.

GCP bertujuan untuk menciptakan dan mendorong diberlakukannya prinsip-prinsip dan etik praktik rekrutmen tenaga kesehatan internasional dan sebagai referensi untuk semua negara anggota secara sukarela. Pemanfaatan GCP ini diarahkan agar sejalan dengan beberapa prinsip utama sebagai berikut:

1. Hak setiap manusia untuk mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya, yang artinya setiap negara harus mengupayakan akses terhadap tenaga kesehatan bagi seluruh masyarakat.
2. Hak setiap tenaga kesehatan untuk bermigrasi ke negara yang mau menerima dan mempekerjakannya tidak dibatasi, namun dampak negatif khususnya bagi negara pengirim dapat diminimalkan.
3. Pendekatan yang komprehensif dalam pengelolaan migrasi internasional mengacu pada faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya migrasi serta keberlanjutan sistem kesehatan.
4. Kondisi khusus pada setiap negara menjadi bahan pertimbangan dalam kebijakan migrasi terutama yang terkait dengan ketidakstabilan stok tenaga kesehatan.

GCP tidak menganjurkan rekrutmen secara aktif dan masif dari negara yang mengalami kekurangan tenaga kesehatan untuk dipekerjakan di negara lain. Oleh karena itu GCP mendorong setiap negara untuk melaksanakan rekomendasi pengaturan migrasi internasional terutama untuk memastikan praktik pelaksanaan rekrutmen yang etis, terjaganya sistem pengembangan SDM kesehatan dan sistem kesehatan yang berkelanjutan, perlakuan yang adil dan setara bagi tenaga kesehatan migran, kerjasama internasional atas dasar saling menguntungkan, dukungan bagi negara yang sedang berkembang dan pengembangan dan pertukaran data dan informasi SDM kesehatan.

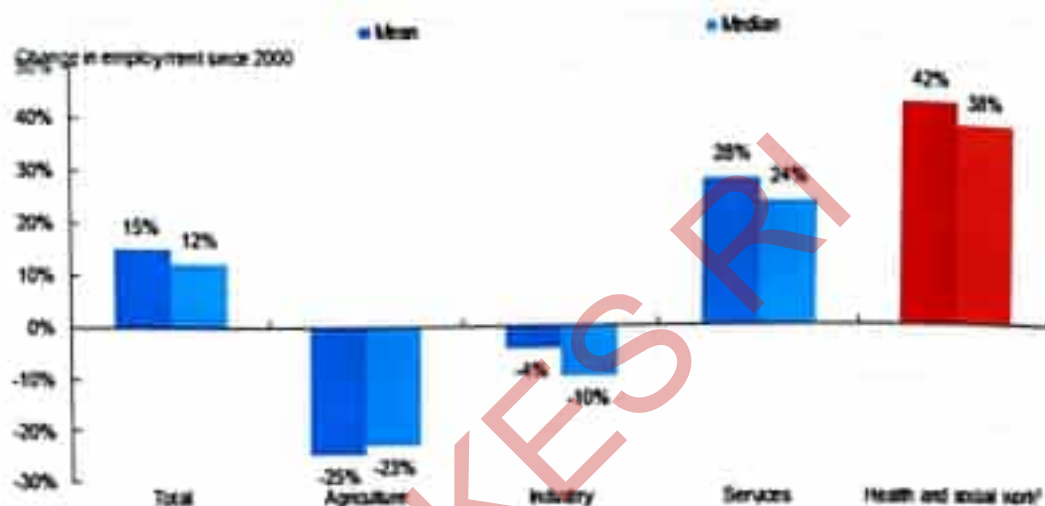
Setiap negara diharapkan dapat mengimplementasikan perencanaan kebutuhan, pendidikan, pelatihan dan strategi retensi yang efektif untuk mempertahankan tenaga kesehatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing negara. Dalam pelaksanaannya, setiap negara diharapkan mengajak serta para stakeholder untuk berkolaborasi dalam mencapai tujuan GCP. Kerjasama antara negara tujuan dan negara pengirim sangat diperlukan agar saling memperoleh manfaat yang seimbang dari migrasi tenaga kesehatan internasional. Monitoring pelaksanaan GCP dilakukan secara berkala untuk mengetahui sejauh mana efektifitas kode ini dalam mendukung system kesehatan yang berkelanjutan di semua negara. Hasil evaluasi implementasi GCP kedua tahun 2019 oleh *Expert Advisory Group WHO* melaporkan bahwa urgensi pengelolaan mobilitas tenaga kesehatan antar negara makin tinggi sejalan dengan diakuinya kontribusi utama SDM kesehatan dalam pencapaian *Universal Health Coverage* dalam SDGs. Di lain pihak, pengelolaan migrasi internasional yang lebih optimal dipandang pula mampu menjadi dasar upaya untuk mencapai berbagai target lain dalam tujuan pembangunan berkelanjutan termasuk diantaranya adalah pekerjaan yang layak, pertumbuhan ekonomi yang inklusif, migrasi yang aman, teratur dan regular serta perdagangan.

2.4 Migrasi Internasional Tenaga Perawat

2.4.1 Situasi Pasar Kerja Perawat Global : *Supply-Demand*

Di negara-negara *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), sektor kesehatan dan sosial mempekerjakan tenaga kerja lebih banyak dibandingkan dengan tenaga kerja dari sektor lainnya. Pada tahun 2017, sekitar satu dari setiap sepuluh pekerjaan berasal dari sektor kesehatan atau perawatan sosial. Sejak tahun 2000 hingga 2017, pekerjaan di sektor kesehatan dan sosial di negara-negara OECD meningkat rata-rata sebesar

42% (dengan peningkatan rata-rata 38%), bahkan melampaui pertumbuhan di sektor jasa dan tren tenaga kerja, sementara pekerjaan di pertanian dan industri menurun tajam pada periode yang sama (Gambar 2). Pada saat yang sama, sektor kesehatan dan sosial juga cenderung lebih kuat terhadap fluktuasi lapangan kerja. Sebagai contoh, di Amerika Serikat dan negara-negara OECD lainnya sektor tenaga kerja mengalami penurunan selama resesi ekonomi awal 1990-an dan, khususnya, 2008-09, sedangkan pekerjaan di sektor kesehatan dan perawatan sosial terus tumbuh (OECD, 2019a).



Gambar 3. Pertumbuhan Lapangan Pekerjaan Berdasarkan Sektor pada Rata-rata Negara OECD tahun 2000-2017

Distribusi keterampilan dan peran tenaga kerja keperawatan kesehatan dan sosial diperkirakan akan berubah, sebagian besar didorong oleh adanya *aging population*. Dengan semakin banyak lansia, pola permintaan untuk pelayanan kesehatan dan sosial akan bergeser ke arah *demand* yang lebih besar yaitu untuk Perawatan Jangka Panjang (PJP) dan pelayanan sosial terkait yang sangat padat karya (OECD, 2020).

Migrasi Internasional perawat dari negara berkembang ke negara maju dipengaruhi oleh faktor "pendorong" dan "penarik". Peluang kerja yang kurang dan pendapatan yang rendah di negara-negara pengirim dapat menjadi faktor pendorong dan kekurangan tenaga kerja dan kondisi kerja yang lebih baik di negara tujuan dapat menjadi faktor penarik. Kesenjangan gaji yang besar antara negara pengirim dan negara tujuan menjadi faktor utama. Namun demikian, faktor-faktor tersebut juga sangat dipengaruhi oleh kebijakan negara tujuan. Banyak negara maju memberlakukan persyaratan ketat untuk mengatur migrasi perawat (Tsubota et al., 2015).

Pada negara OECD jumlah perawat internasional (*foreign-born nurses*) meningkat sebesar 20% antara 2010/11 dan 2015/16 sedangkan peningkatan total jumlah perawat adalah sekitar 10%, sehingga pangsa perawat asing meningkat rata-rata 1,5 poin persentase menjadi 16,2% (Tabel 1). Peningkatan angka terbesar adalah di Amerika Serikat (+130.000), diikuti oleh Jerman (+68.000) dan Australia (+26.000). Di sisi lain, jumlah *foreign-born nurses* menurun di beberapa negara OECD. Setengah dari negara-negara OECD yang datanya tersedia, lebih dari sepertiga total perawat berasal dari negara lain (OECD, 2019b).

Tabel 2. Perawat dengan status *Foreign-born* (internasional) di Negara OECD tahun 2000/01, 2010/11 dan 2015/16

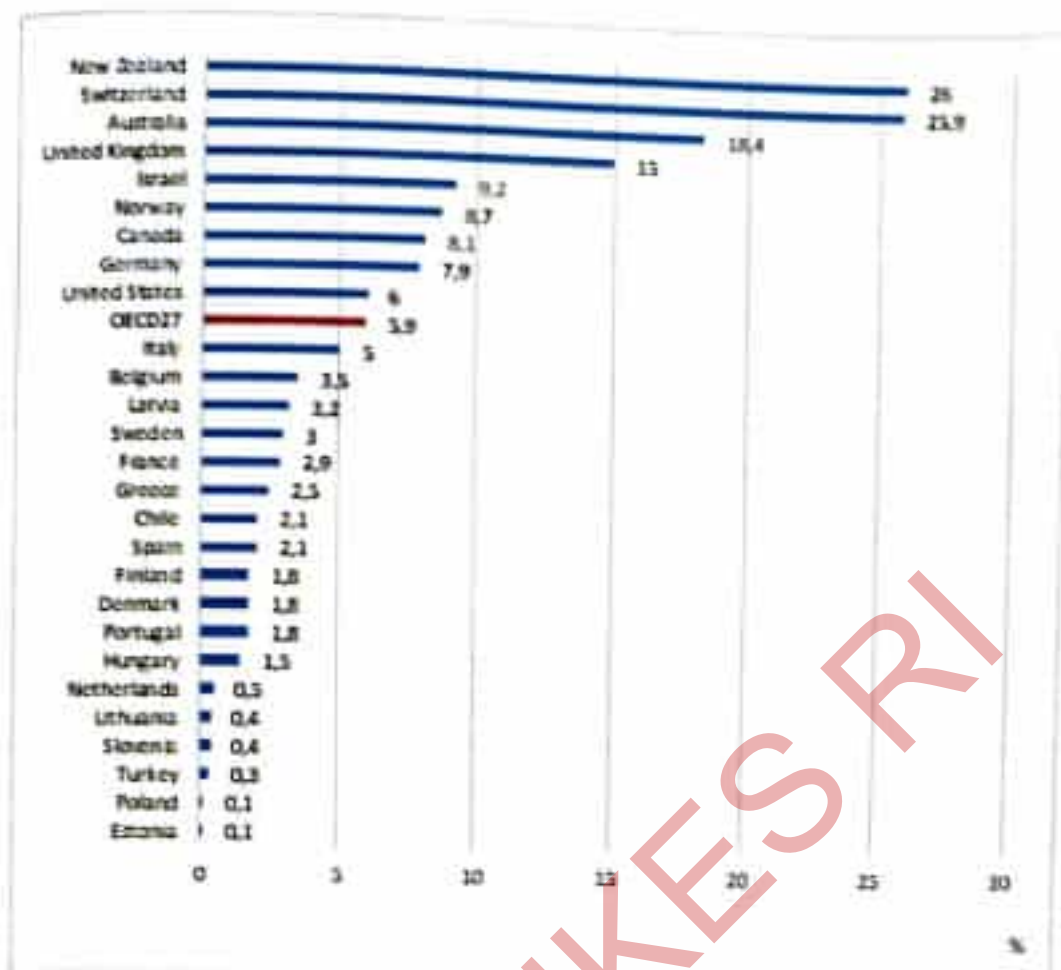
Negara	2000/01			2010/11			2015/16		
	Total	Foreign-born	% foreign-born	Total	Foreign-born	% foreign-born	Total	Foreign-born	% foreign-born
Australia	191.105	46.750	24,8	238.935	78.508	33,2	295.103	104.272	35,3
Austria	56.797	8.217	14,5	70.147	10.265	14,6	96.048	18.779	19,6
Belgium ¹	127.384	8.409	6,6	140.054	23.575	16,8	135.893	15.281	11,2
Canada	284.945	48.880	17,2	326.700	73.425	22,5	378.775	92.530	24,4
Czech Republic*	---	---	---	89.301	1.463	1,6	94.879	2.600	2,7
Chile*	---	---	---	---	---	---	121.107	9.532	7,9
Denmark ¹	57.047	2.320	4,1	61.082	6.301	10,3	62.212	4.173	6,7
Estonia*	---	---	---	8.302	2.162	26	9.134	1.304	14,3
Finland	56.365	470	0,8	72.836	1.732	2,4	74.927	2.722	3,6
France	421.602	23.308	5,5	550.163	32.345	5,9	612.387	40.329	6,6
Germany	781.300	74.990	10,4	1.074.523	150.060	14	1.346.118	217.998	16,2
Greece	39.952	3.883	9,7	55.364	1.919	3,5	52.851	3.221	6,1
Hungary	49.738	1.538	3,1	59.300	1.218	2,1	56.442	2.238	4
Ireland	43.320	6.204	14,3	58.092	15.606	26,9	52.832	13.778	26,1
Israel*	---	---	---	31.708	16.043	50,6	41.531	19.946	48
Italy*	---	---	---	399.777	39.231	9,8	392.630	41.935	10,7
Latvia*	---	---	---	---	---	---	8.056	1.334	16,6
Luxembourg ¹	2.551	658	25,8	---	---	---	3.098	900	29,1
Mexico*	267.537	550	0,2	---	---	---	---	---	---
Netherlands	---	---	---	---	---	---	188.094	11.643	6,2
New Zealand*	33.261	7.698	23,2	40.002	13.884	35	---	---	---
Norway ¹	70.698	4.281	6,1	97.725	8.795	9	102.843	12.418	12,1
Poland*	243.225	1.074	0,4	245.667	595	0,2	---	---	---
Portugal	36.595	5.077	13,9	53.491	4.643	8,7	61.178	6.637	10,8
Slovak Republic*	---	---	---	52.773	303	0,6	48.991	186	0,4
Slovenia*	---	---	---	17.124	1.483	8,7	---	---	---
Spain	167.498	5.638	3,4	252.804	14.400	5,7	258.709	10.302	4
Sweden ¹	98.505	8.710	8,9	113.956	15.834	13,9	110.143	14.455	13,1
Switzerland ¹	104.227	28.041	26,9	101.302	31.020	30,6	102.134	32.264	31,6
Turkey*	---	---	---	147.611	4.484	3,1	---	---	---

Negara	2000/01			2010/11			2015/16		
	Total	Foreign-born	% foreign-born	Total	Foreign-born	% foreign-born	Total	Foreign-born	% foreign-born
United Kingdom	538.647	81.623	15,2	618.659	134.075	21,7	692.001	151.815	21,9
United States	2.818.735	336.183	11,9	3.847.068	561.332	14,6	4.225.529	691.134	16,4
OECD Total (19 countries)	6.203.999	712.302	11,5	8.115.621	195.863	14,7	8.904.219	1.445.989	16,2

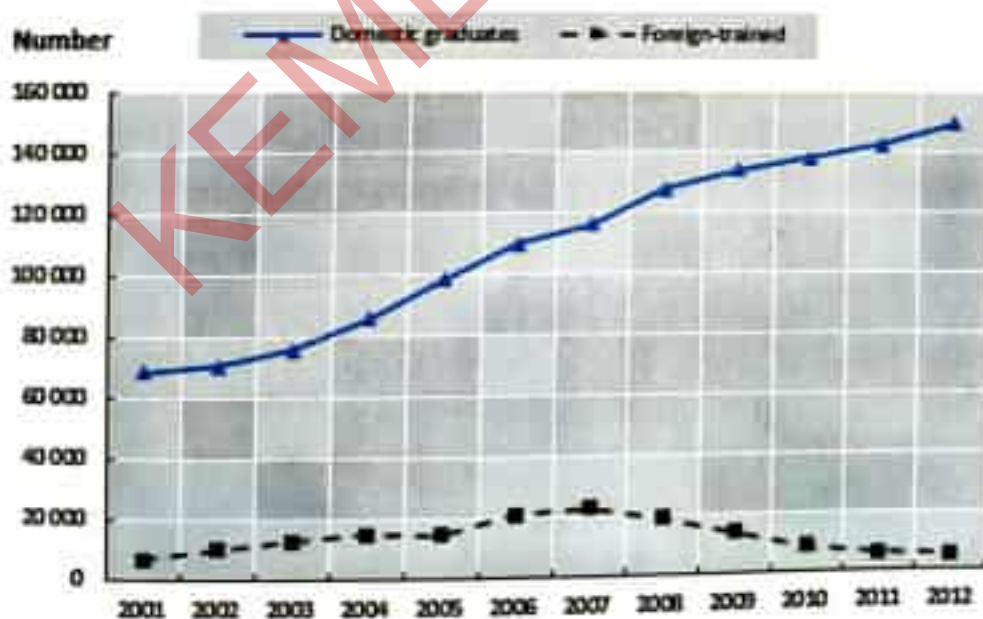
Sumber : OECD (2007[1]) for 2000/01 (except Switzerland, LFS 2001), DIOC 2010/11 and LFS 2009/12 for 2010/2011, DIOC 2015/16 and LFS 2015/16 for 2015/16

Jumlah dan pangsa pasar perawat internasional yang bekerja di negara-negara OECD terus meningkat selama dekade terakhir. Pada tahun 2017, rata-rata satu dari 6 orang perawat di negara OECD memperoleh gelar keperawatan di negara lain (Gambar 3). Perkembangan ini terjadi bersamaan dengan peningkatan jumlah lulusan tenaga medis dan keperawatan dalam negeri di hampir semua negara OECD, yang merupakan indikasi demand besar bagi profesional ini (OECD (2019), 2019a).

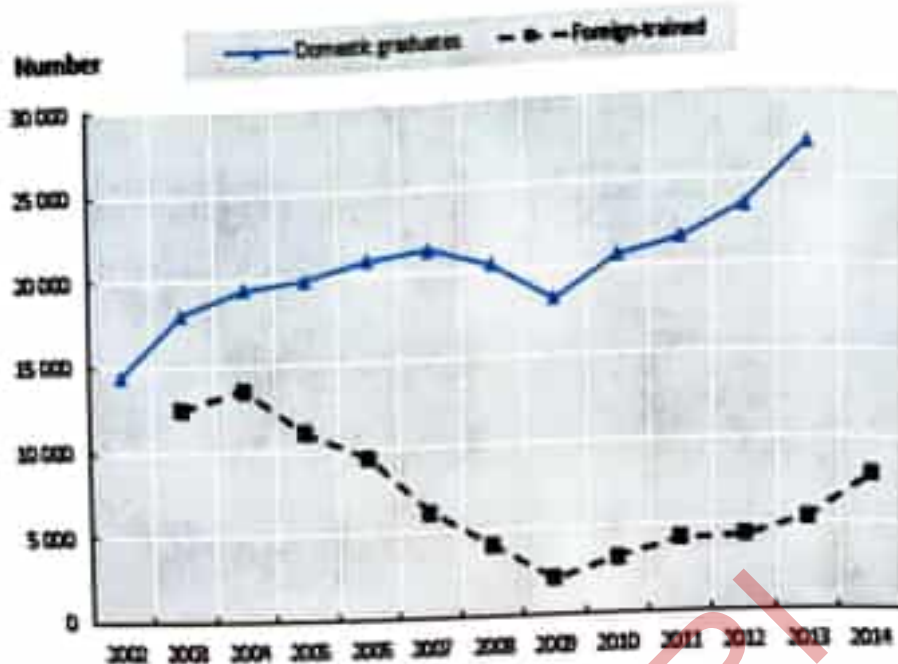
Amerika Serikat memberikan contoh bagaimana peningkatan jumlah lulusan perawat dalam negeri dapat mengurangi kebutuhan untuk merekrut perawat asing. Antara tahun 2001 dan 2012, jumlah perawat lulusan dalam negeri yang lulus ujian sertifikasi naik lebih dari dua kali lipat, meningkat dari kurang dari 70.000 pada tahun 2001 menjadi hampir 150.000 pada tahun 2012. Hal ini disertai dengan penurunan tajam dalam jumlah perawat asing lulusan luar negeri yang lulus ujian, turun dari sekitar 23.000 pada 2007 menjadi hanya sekitar 5.000 pada 2012 (Gambar 4).



Gambar 4. Sebaran Perawat Terlatih Asing di Negara OECD tahun 2017 (OECD, 2019)



Gambar 5. Perubahan Angka Lulusan Dalam Negeri dan Inflow Tenaga Kesehatan Terlatih Asing di Amerika Serikat tahun 2001 dan 2013 (US Nursing Workforce, 2013)



Gambar 6. Perubahan Angka Lulusan Dalam Negeri dan Inflow Tenaga Kesehatan Terlatih Asing di Inggris tahun 2001 dan 2014

Di Inggris, peningkatan jumlah lulusan kedokteran dalam negeri sejak tahun 2002 juga telah mengurangi kebutuhan untuk merekrut di luar negeri (Gambar 5). Terkati tenaga keperawatan, arus masuk perawat asing turun tajam antara 2004 dan 2009, tetapi kemudian meningkat lagi, terutama didorong oleh migrasi perawat yang dilatih di negara-negara Uni Eropa (UE) lainnya (misalnya, Spanyol dan Portugal), untuk memenuhi permintaan yang meningkat. Disisi lain, arus keluar perawat lulusan Inggris cukup besar untuk beremigrasi di negara-negara berbahasa Inggris lainnya seperti Australia, Kanada, Selandia Baru dan Amerika Serikat (Merçay, Clémence, Jean-Christophe Dumont, 2016).

Kebutuhan terhadap asuhan keperawatan akan meningkat karena adanya peningkatan usia harapan hidup (UHH), populasi yang menua, prevalensi berbagai penyakit kronis dengan tingkat keparahan yang berbeda, disabilitas dan pertumbuhan kebutuhan *Long Term Care* dan Geriatrik (Haczyński et al., 2017). Peningkatan kesenjangan antara *demand* dan *supply* perawat memicu masalah global. Menurut WHO, terdapat kekurangan 7,2 juta SDM kesehatan sehubungan dengan kebutuhan di sektor kesehatan. Pada laporan oleh *Third Global Forum on Human Resources for Health* memperkirakan bahwa pada tahun 2035, akan terjadi defisit tenaga kesehatan profesional sebesar 12,9 juta meliputi tenaga bidan, perawat dan dokter (World Health Organization, 2013). Menurut Haczyński et al. (2017), WHO melaporkan prediksi bahwa dalam

10 tahun, hampir 40% perawat akan meninggalkan pekerjaan mereka (WHO 2013). Sejalan dengan hal tersebut, *European Commision* memperkirakan bahwa kekurangan perawat akan mencapai 590.000 pada tahun 2020.

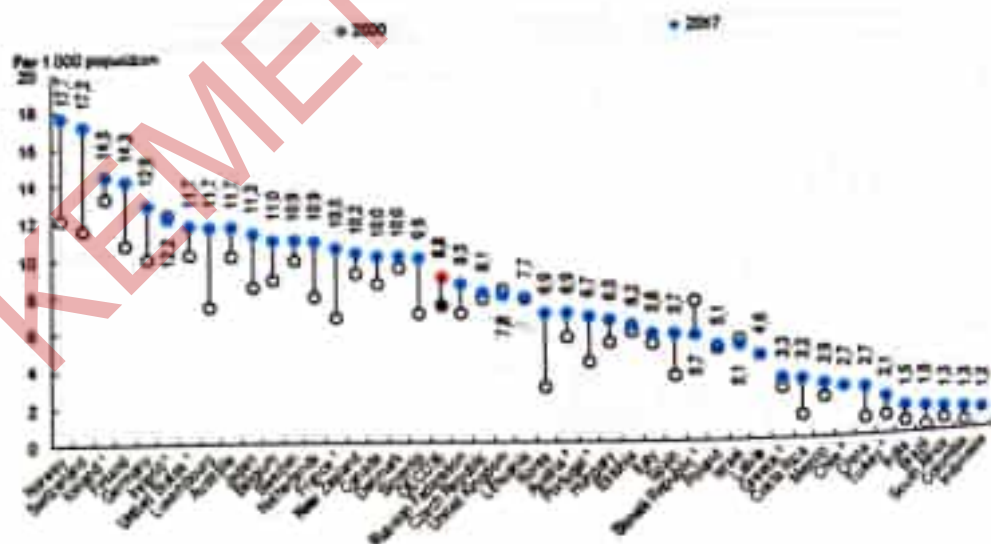
Inggris mengatasi kekurangan tenaga perawat yang cukup besar dengan cara merekrut perawat dalam jumlah besar dari Eropa Tengah dan Timur, termasuk Polandia. Selain itu, *National Health Service* mempekerjakan staf non-Eropa, terutama dari India dan Filipina dengan menawarkan gaji dan tunjangan yang relatif tinggi dan tempat tinggal baru (Alonso-Garbayo & Maben, 2009; Marc et al., 2019). Negara Eropa lain yang terdampak kekurangan tenaga perawat adalah Jerman. Menurut *the Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA)*, kekurangan perawat yang memberikan perawatan kepada orang sakit dan orang tua berjumlah 50.000 (Oelmaier, 2012). Jerman mengatasi masalah kekurangan tenaga perawat dengan mempekerjakan migran dari Eropa (terutama dari Spanyol dan Portugal) serta dari Cina, di mana pada negara tersebut terjadi pengangguran yang tinggi pada sektor keperawatan. Misalnya, *the Shandong International Nurse Training Centre (Weihai, China)* menyediakan pelatihan bahasa dan budaya selama 8 bulan untuk mempersiapkan perawat dapat bekerja di Jerman.

Menurut Statistik Kesehatan Dunia 2015, Uni Emirat Arab (UEA) dan Arab Saudi, juga mengalami kekurangan tenaga kesehatan (perawat dan bidan) dengan rasio masing-masing 31 (UEA) dan 48 (Arab Saudi) per 100.000 penduduk. Kekurangan perawat juga dialami oleh Jepang dikarenakan tingginya populasi lansia dimana sebanyak 25% dari 126 juta penduduk adalah lansia yang membutuhkan perawatan. Persoalannya, Jepang merasa sulit untuk menerima migran karena dianggap dapat mengancam budaya hermetis Jepang dan berkontribusi pada meningkatnya kejahatan. Defisit tenaga keperawatan menjadi masalah nasional-diperkirakan pada tahun 2025, akan membutuhkan 800.000 lebih tenaga perawat (Mizuho 2016). Perubahan demografi menyebabkan Polandia diproyeksikan akan mempunyai persentase populasi berusia 65 tahun ke atas lebih besar dibandingkan persentase rata-rata di beberapa negara OECD lainnya pada tahun 2025 (OECD 2015). Pengorganisasian sistem pelayanan kesehatan sangat berkaitan erat dengan pangsa pasar perawatan jangka Panjang yang dipengaruhi oleh penuaan populasi (Marc et al., 2019).

Menurut paparan Elia Rosalina Sunityo, Deputi Kerjasama Luar Negeri dan Promosi, BP2MI, pada rapat lintas Kementerian/Lembaga dalam Pemanfaatan

Peluang Kerja bagi Perawat Indonesia di Amerika Serikat, disampaikan bahwa pada tahun 2017 jumlah penduduk AS 325 juta penduduk. Diproyeksikan pada tahun 2030, AS akan membutuhkan tenaga perawat sejumlah 260 ribu orang dengan pertumbuhan sebesar 26%. Tahun 2018 tercatat terdapat 15.800 lowongan pekerjaan untuk Registered Nurse (RN). Untuk negara Canada jumlah penduduk 36,5 juta dengan proyeksi kebutuhan perawat mencapai 60 ribu pada tahun 2022 dengan pertumbuhan sebesar 40%. Tahun 2018 tercatat terdapat 9.000 lowongan pekerjaan untuk Registered Nurse (RN) (Deputi Kerja Sama Luar Negeri dan Promosi, 2019).

Rasio rata-rata tenaga perawat di negara OECD seperti terlihat pada Gambar 6 hanya sekitar kurang dari 9 perawat per 1.000 penduduk pada tahun 2017, dengan kisaran mulai dari 2 perawat per 1.000 penduduk di Turki hingga lebih dari 17 perawat per 1.000 penduduk di Norwegia dan Swiss. Selama kurun waktu tahun 2000 dan 2017 jumlah perawat per kapita mengalami kenaikan di hampir semua negara OECD, yaitu dari rata-rata 7,4 per 1.000 penduduk pada 2000 menjadi 8,8 per 1.000 penduduk pada 2017. Sebaliknya beberapa negara lainnya seperti Republik Slovakia, Israel, Inggris, dan Irlandia mengalami penurunan jumlah perawat per kapita dalam periode yang sama (OECD (2019), 2019a).



Source: OECD Health Statistics 2019

Gambar 7. Rasio Perawat di OECD per 1000 Penduduk tahun 2000 dan 2017

Profil tenaga kesehatan di negara-negara OECD menunjukkan adanya peningkatan jumlah kebutuhan, menua dan seringkali kurang terdistribusi merata, bahkan beberapa negara memiliki ketergantungan yang tinggi pada tenaga kesehatan warga negara asing (Buchan et al., 2019). Berikut disampaikan *demand, supply* dan kekurangan tenaga kesehatan di negara anggota OECD dalam tabel 3.

Tabel 3 Demand, Supply dan kekurangan Perawat di Negara OECD

Negara	Demand (95% confidence interval)	Supply	kelebihan/ kekurangan	% Kelebihan/ kekurangan (dari supply)
Australia	427.567 (396.088, 461.546)	299.067	-128.499	-43,0
Austria	101.760 (92.605, 111.819)	78.790	-22.969	-29,2
Canada	564.304 (496.227, 641.719)	446.703	-117.600	-26,3
Czech Republic	123.864 (112.847, 135.956)	86.625	-37.239	-43,0
Denmark	126.084 (116.575, 136.369)	136.951	10.866	7,9
France	838.253 (772.869, 909.169)	873.940	35.687	4,1
Germany	1.426.505 (1.275.953, 1.594.822)	1.452.273	25.768	1,8
Hungary	73.663 (68.995, 78.647)	68.625	-5.039	-7,3
Iceland	7.800 (7.027, 8.657)	6.793	-1.007	-14,8
Israel	67.856 (63.704, 72.279)	46.619	-21.237	-45,6
Korea	413.528 (347.232, 492.481)	385.908	-27.620	-7,2
Luxembourg	9.211 (8.862, 9.575)	11.867	2.656	22,4
Mexico	594.561 (544.471, 649.260)	495.758	-98.804	-19,9
Netherlands	365.078 (325.031, 410.060)	260.151	-104.928	-40,3
Poland	383.278 (345.220, 425.530)	237.304	-145.973	-61,5
Slovakia	57.126 (51.125, 63.832)	30.218	-26.909	-89,0
Slovenia	26.355 (23.411, 29.669)	20.977	-5.378	-25,6
Spain	267.875 (236.594, 303.292)	318.712	50.837	16,0
Sweden	151.110 (141.650, 161.203)	140.702	-10.408	-7,4
Switzerland	245.736 (230.076, 262.461)	212.657	-33.079	-15,6
Turkey	221.414 (190.529, 257.305)	305.367	83.953	27,5
United Kingdom	824.163 (775.748, 875.599)	727.291	-96.872	-13,3
United States	6.093.332 (5.557.991, 6.680.236)	4.286.071	-1.807.261	-42,2
Total (23 negara)	13.410.421 (12.180.830, 14.771.486)	10.929.369	-2.481.052	-22,7

2.4.2 Remunerasi Perawat di Luar Negeri

Remunerasi perawat mengacu pada pendapatan tahunan kotor rata-rata, termasuk kontribusi jaminan sosial dan pajak penghasilan yang dibayarkan oleh karyawan. Pendapatan tersebut juga mencakup semua penghasilan tambahan yang resmi, seperti bonus dan pembayaran untuk shift malam dan lembur. Secara umum, tingkat remunerasi perawat rumah sakit di OECD sedikit di atas gaji rata-rata semua pekerja pada 2017. Namun, di beberapa

negara seperti Lithuania dan Latvia, gaji perawat justru jauh lebih rendah daripada gaji rata-rata semua pekerja, sementara di negara lain seperti Chili, Meksiko, Israel dan Luksemburg, perawat memperoleh lebih tinggi (Gambar 8).

Dengan menggunakan Dolar AS sebagai alat konversi nilai remunerasi, diketahui terdapat variasi yang cukup besar dalam pendapatan perawat rumah sakit di seluruh negara bahkan setelah paritas daya beli (*purchasing power parity*) disesuaikan (Gambar 8). Perawat di Luksemburg memiliki tingkat remunerasi enam kali lebih tinggi dibandingkan perawat yang bekerja di Latvia dan Lithuania. Secara umum, perawat yang bekerja di negara-negara Eropa Tengah dan Timur memiliki tingkat remunerasi terendah, sehingga bisa menjadi salah satu kemungkinan yang mendorong sebagian dari mereka bermigrasi ke negara-negara UE lainnya.

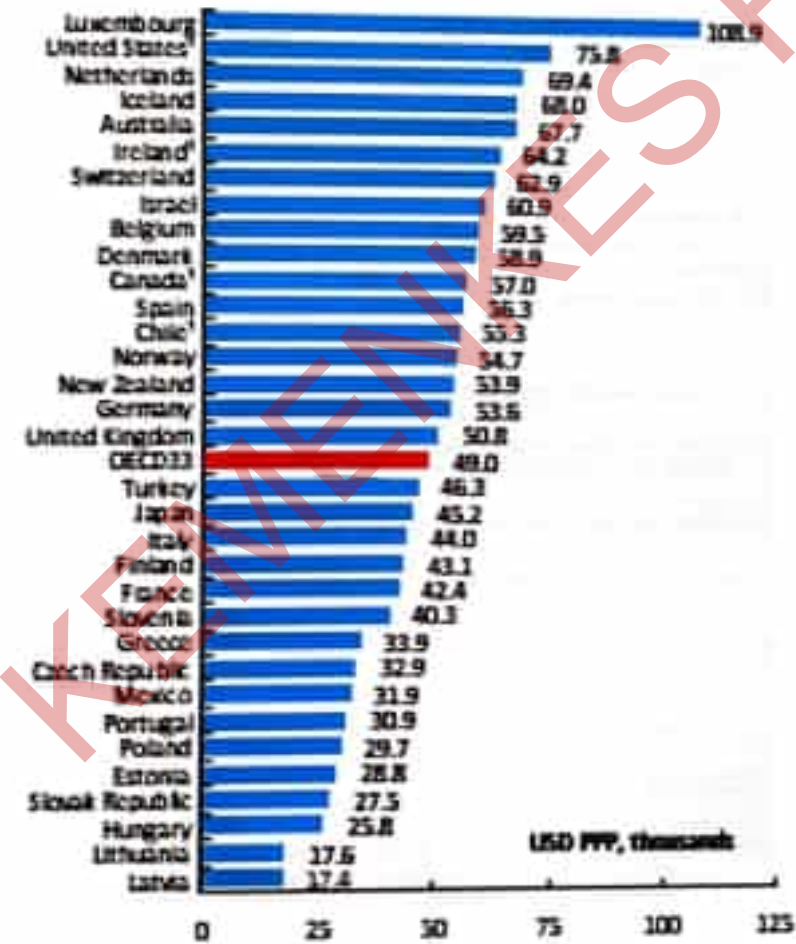


Data refer to registered ("professional") nurses in the United States, Canada, Ireland and Chile (resulting in an over-estimation).

Source: OECD Health Statistics 2019.

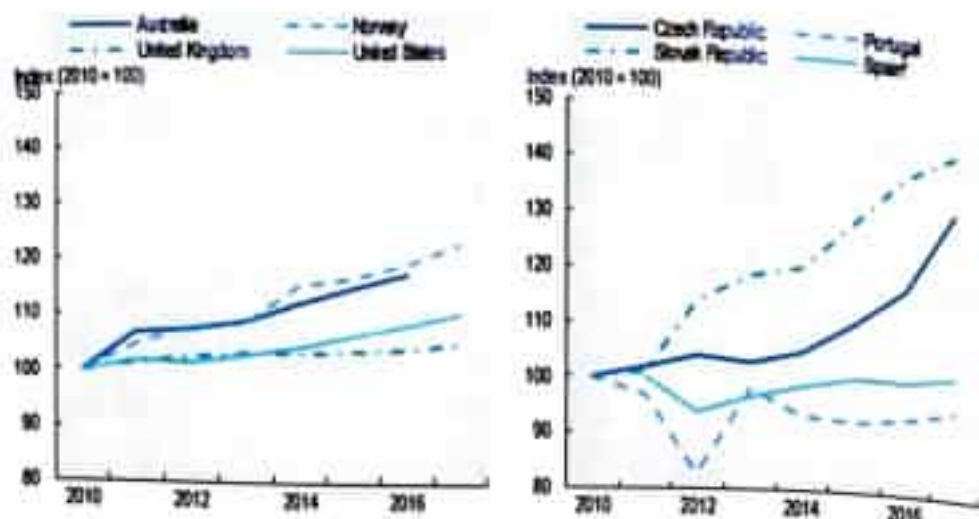
Gambar 8. Rasio Pendapatan Perawat RS dibandingkan Pendapatan Rata-rata tahun 2017

Remunerasi pada sebagian besar negara OECD mengalami peningkatan sejak 2010 dengan tingkatan persentase yang berbeda (Gambar 9). Di Republik Ceko, perawat mendapat manfaat dari kenaikan gaji setelah protes karyawan rumah sakit pada tahun 2011 (meskipun kenaikan gaji perawat lebih rendah daripada yang diberikan kepada dokter), yang diikuti dengan peningkatan kondisi lingkungan kerja. Remunerasi perawat di Republik Slovakia meningkat sekitar 40% antara 2010 dan 2017, meningkat lagi sekitar 10% pada 2018. Di lain pihak, di Portugal dan Spanyol, remunerasi perawat mengalami penurunan akibat krisis ekonomi 2008-09 yang menyebabkan pemotongan remunerasi di sektor publik dan secara perlahan baru pulih Kembali dalam beberapa tahun terakhir (Gambar 9). Hal yang sama juga terjadi di Yunani di mana gaji perawat menurun sekitar 25% antara 2009 dan 2015 (OECD, 2019a).



Data refer to registered ("professional") nurses in the United States, Canada, Ireland and Chile (resulting in an over-estimation).
Source: OECD Health Statistics 2019.

Gambar 9. Pendapatan Perawat RS dibandingkan dengan Paritas Daya Beli (USD) di Negara OECD tahun 2017



Index for Spain, 2011 = 100.

Source: OECD Health Statistics 2019

Gambar 10. Tren Remunerasi Perawat RS di beberapa negara OECD tahun 2010-2017

Di Jerman, gaji tenaga perawat tergantung pada beberapa faktor seperti regional, pengalaman kerja, dan status dari fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan faktor-faktor tersebut gaji tenaga perawat yaitu antara 2300-2600 € (di luar pajak dan asuransi). Gaji netto yang diperoleh pada range antara 1500-1700 € per bulan (Salary Explorer, 2020). Menurut info KBRI Kairo, Mesir juga membutuhkan tenaga perawat khususnya untuk memenuhi kebutuhan Rumah Sakit di Kairo. Kuota awal yang dibutuhkan sekitar 50 orang tenaga perawat dengan gaji berkisar antara 1000 hingga 1500 USD (tergantung dari pengalaman kerja).

Perawat asing yang belum memperoleh sertifikasi nasional sebagai Kangoshi di Jepang, memperoleh gaji antara ¥ 100.000 - ¥ 200.000 per bulan di luar uang lembur, tunjangan dan bonus. Setelah lulus ujian nasional, tenaga perawat dari luar negeri akan mendapat hak dan kewajiban yang sama dengan tenaga perawat warga negara Jepang.

Tabel 4. Rata-rata Gaji Perawat per Bulan pada Beberapa Negara (USD)

Negara	Rata-rata Gaji per Bulan
Inggris raya	2.500 -12.500 USD
Amerika Serikat	3.500 – 10.300 USD
Swedia	4.300 – 8.300 USD
Kanada	6.000 USD
Australia	5.000 USD
Jerman	3.900 – 4.700 USD
Jepang	2.500 USD
Polandia	666 – 888 USD

Sumber : Marc et al., 2019

Amerika Serikat menerapkan standar gaji yang tinggi dibandingkan dengan sebagian besar negara OECD lainnya, hal ini menjelaskan mengapa Amerika Serikat mampu menarik beberapa ribu perawat dari negara lain setiap tahun. Menurut data dari BP2MI dan dikutip dari gulfnews.com pada Rabu, 27 April 2017 berdasarkan data statistik ketenagakerjaan Amerika Serikat tahun 2016, gaji rata-rata perawat terdaftar (*Registered Nurse/RN*) mencapai USD 66.640 per tahun atau sekitar Rp.885,65 juta per tahun atau Rp. 73 juta per bulan. Sementara Kanada berdasarkan data Januari 2017, gaji rata-rata perawat RN sekitar CAD 59.783 per tahun atau sekitar Rp 595,8 juta per tahun atau Rp 49,6 juta per bulan. Gaji perawat di Norwegia rata-rata berkisar 44.900 Kron Norwegia atau sekitar Rp 69,47 juta per bulan atau Rp 830 jutaan setahun.

Negara yang juga menawarkan gaji tinggi untuk pekerja perawat adalah Kanada. Rata-rata gaji perawat terdaftar di negara ini sekitar CAD 59.783 setahun atau sekitar Rp 595,8 juta setahun atau Rp 49,6 juta per data Januari 2017. Di negara Australia, tenaga perawat menerima gaji yang juga terbilang tinggi yakni AUD 61.000 atau sekitar Rp 607,85 juta per tahun atau Rp 50,6 juta per bulan. Rata-rata pekerja perawat terdaftar di Inggris mendapat gaji berkisar GBP 24.963 setahun atau sekitar Rp 414,34 juta per tahun atau Rp 34,5 juta per bulan (BP2MI, 2020; Setiawan A, 2017).

2.4.3 Kualifikasi dan Kompetensi Tenaga Perawat di Luar Negeri

Pendidikan keperawatan mengacu pada ketentuan global yang bertujuan untuk menyiapkan tenaga kesehatan agar mampu menjalankan perannya sebagai profesional kesehatan dalam mendukung sistem kesehatan. Secara umum, standar global pendidikan keperawatan didasarkan atas beberapa kriteria pendidikan dan hasil pendidikan yang ditetapkan atas dasar jenis kompetensi

dan basis bukti, dorongan untuk penyelenggaraan pendidikan yang progresif dan pembelajaran seumur hidup serta penugasan perawat yang kompeten dalam praktik asuhan keperawatan. Dalam implementasinya, tiap negara mempunyai kebutuhan kualifikasi tenaga perawat dan syarat kompetensi yang berbeda-beda. Hal ini juga berimbas pada perbedaan penerapan kebijakan oleh masing-masing negara terkait tenaga perawat warga negara asing yang akan bekerja di negaranya. Berikut disampaikan kualifikasi dan kompetensi tenaga perawat internasional yang dibutuhkan pada beberapa negara tujuan migrasi.

Tabel 5. Syarat Kualifikasi dan Kompetensi Perawat Internasional di Negara Tujuan Migrasi

No.	Negara	Syarat dan Kualifikasi	Syarat Kompetensi
1	Jepang	• Pendidikan minimal D3 Keperawatan • Usia maksimal 35 tahun • Pengalaman kerja 2 tahun minimal 2 tahun di negara asal	Lulus ujian Nasional Kangoshi di Jepang
2	Jerman	• Pendidikan minimal D3 Keperawatan • Lulusan Pendidikan keperawatan diluar Jerman/ Eropa harus melalui proses pengakuan ijazah keperawatan di Jerman • Pengalaman kerja minimal 2 tahun di negara asal • Menguasai bahasa Jerman level B1 • Surat keterangan kelakuan baik dari negara asal • Ijin tinggal bagi warga negara diluar EU, Liechtenstein, Iceland, Norway atau Switzerland	
3	Belanda	• Pendidikan minimal D4 keperawatan /SI ners • Lulusan Pendidikan keperawatan diluar Belanda/ Eropa harus melalui proses evaluasi kredensial internasional • Pengalaman kerja min 1 th (lulusan D4) • Mampu berbahasa Inggris dan berbahasa Belanda minimal level B1 • STR negara asal	Lulus BIG Number Registration
4	Saudi Arabia	• Pendidikan min SI keperawatan + Ners • Usia maksimal 40 tahun • Sehat mental dan fisik • Mampu berbahasa Inggris (min IELTS > 5.0) • Lulusan PT terakreditasi • Memiliki STR negara asal • Pengalaman kerja selama 1 tahun • Mampu melaksanakan kompetensi keperawatan tingkat lanjut • Mampu bekerja secara tim	Lulus Uji Prometrik Saudi Arabia

No.	Negara	Syarat dan Kualifikasi	Syarat Kompetensi
5	Kuwait	• Pendidikan min S1 keperawatan + Ners • Usia 20-30 tahun • Mempunyai pengalaman kerja minimal 1 tahun sebagai perawat • Mempunyai STR negara asal • Bahasa Inggris aktif (dan disukai menguasai bahasa Arab)	Lulus Uji Prometrik
6	United Emirat Arab	• Pendidikan minimal S1 Keperawatan + Ners • Usia 21-40 tahun • Mempunyai pengalaman kerja minimal 2 tahun sebagai perawat • Mempunyai STR negara asal • Bahasa Inggris aktif (dan disukai menguasai bahasa Arab) • Memiliki Sertifikat BTCLS	Lulus sertifikasi Prometrik UEA
7	Qatar	• Pendidikan min D3 Keperawatan • Diutamakan yang berusia 22-30 tahun • Mempunyai pengalaman kerja minimal 1 tahun sebagai perawat • Mempunyai STR negara asalBahasa Inggris aktif (dan disukai menguasai bahasa Arab)	Lulus sertifikasi Prometrik Qatar
8	Australia	• Pendidikan S1 Keperawatan + Ners • Mempunyai pengalaman kerja minimal 2 tahun sebagai perawat • Mampu berbahasa Inggris dengan baik/aktif (minimal IELTS 7.0)	Lulus NCLEX
9	Amerika Serikat	• Pendidikan S1 Keperawatan +Ners • memiliki STRnegara asal • TOEFL PBT minimal 560, TOEFL iBT minimal 83, IELTS min 6.5, TOEIC minimal 720 (persyaratan CGFNS Certification Program). • Mempunyai pengalaman kerja sebagai perawat minimal 2 tahun • Diutamakan mempunyai pengalaman dan spesialisasi (bedah, neonatal, critical care nursing, dll).	Lulus tes CGFNS dan NCLEX
10	Kanada	• Pendidikan minimal S1 Keperawatan + Ners / Setara Bachelor • Mampu berbahasa Inggris dengan baik/aktif (dengan IELTS SYSTEM) • sehat Fisik dan Jasmani usia 21 - 35 tahun	Lulus NCLEX Lulus proses Labour Market Opinion/LMO (sekarang LMIA: Labor Market Impact Assessment) dan Employment Contract (EC)

Sumber :

1. SISKOTKLN-BP2MI
2. Biro BKSLN Setjen-Kemenkes
3. Unified Healthcare Professional Qualification Requirements Ver.2, MoH UAE
4. <https://www.cgfns.org/>
5. <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/>
6. <https://cna-alic.ca/en>

2.4.4 Implementasi WHO GCP: kasus Indonesia

Dalam implementasi GCP, WHO mendukung penguatan kerjasama dengan negara anggota dan keterlibatan pihak swasta agar GCP dapat diimplementasikan oleh semua stakeholder yang terlibat dalam migrasi tenaga kesehatan. Indonesia berkomitmen penuh untuk mengadopsi dan mengimplementasikan GCP tersebut. Pada tahun 2012 Indonesia telah menterjemahkan GCP ke dalam Bahasa Indonesia dan melakukan sosialisasi kepada stakeholder terkait. GCP juga diintegrasikan dalam peraturan Menteri terkait migrasi tenaga kesehatan untuk mengatur mekanisme pendayagunaan tenaga kesehatan agar menjamin keberlangsungan sistem kesehatan nasional Indonesia yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 tahun 2012 tentang pendayagunaan perawat Indonesia keluar negeri yang kemudian direvisi dan diperluas jenis tenaga kesehatan menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 tahun 2015 tentang pendayagunaan tenaga kesehatan ke luar negeri. Dalam ketentuan ini, pendayagunaan tenaga perawat Indonesia ke luar negeri dilakukan dalam rangka alih ilmu pengetahuan dan teknologi dan memperluas kesempatan kerja. Hal tersebut dilakukan sesuai dengan prinsip yang tercantum dalam *Global Code of Practice on Recruitment of Health Personnel*, yang merekomendasikan strategi *brain circulation* dan mencegah terjadinya *brain drain*.

Berdasarkan pasal 5.1 dalam GCP, untuk mempertahankan retensi tenaga kesehatan dan mengurangi *brain-drain* di negara berkembang, negara anggota didorong untuk tidak merekrut tenaga kesehatan dari negara-negara yang mengalami krisis tenaga kesehatan. Dalam penjelasan WHO, terdapat 57 negara berkembang yang dinilai mengalami krisis tenaga kesehatan berdasarkan laporan *World Health Report* tahun 2006, termasuk Indonesia. Laporan tersebut didasarkan pada hasil analisis database WHO bahwa negara-negara tersebut termasuk Indonesia masih memiliki tingkat kepadatan tenaga kesehatan yang rendah yaitu di bawah ambang batas minimal sebesar 2,3 tenaga kesehatan per 1.000 penduduk. Hingga saat ini, beberapa negara maju menggunakan acuan GCP dan laporan tersebut dalam melakukan rekrutmen SDM Kesehatan dari negara-negara berkembang. Dampaknya, beberapa negara maju melarang rekrutmen tenaga kesehatan dari Indonesia sehingga menjadi kendala bagi negara ini dalam usahanya memperluas peluang kerja ke luar negeri melalui kerjasama dengan beberapa negara. Walaupun WHO SEARO telah melaporkan dan mengupdate data rasio SDM Kesehatan Indonesia (dokter, perawat, bidan) yaitu 2,44 per 1.000 penduduk (WHO SEARO, 2018).

beberapa negara maju masih mempermasalahakan status Indonesia sebagai negara yang dilaporkan mengalami kekurangan SDM.

Sebagai upaya meningkatkan ketersediaan, aksesibilitas, dan kualitas tenaga kesehatan, melalui koordinasi lintas pemangku kepentingan di pusat dan daerah, Indonesia menyusun rencana pengembangan tenaga kesehatan. Beberapa strategi pengembangan tenaga kesehatan ditujukan untuk meningkatkan pembangunan kesehatan, terutama melalui perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, penempatan tenaga kesehatan esensial terutama di fasilitas pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan, dan kepulauan, peningkatan kapasitas pendidikan kedokteran, peningkatan kualitas pendidikan dan sertifikasi bagi tenaga keperawatan dan kebidanan.

Untuk memberikan update situasi SDM Kesehatan kepada masyarakat global, Indonesia telah menyusun dan menyampaikan laporan kepada WHO berupa *Indonesia Human Resources for Health Country Profile 2019*. Pada tahun 2019, rasio tenaga kesehatan Indonesia (dokter, perawat, dan bidan) sesuai data STR adalah 5,25 per 1000 penduduk (Kemenkes, 2019). Angka ini sudah diatas standar WHO dimana target rasio untuk pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebesar 4,45 per 1000 penduduk. Selanjutnya, komitmen untuk meningkatkan kualitas data dan informasi SDM kesehatan terus dilakukan melalui pemanfaatan teknologi informasi mengacu pada indikator minimal dalam NHWA. Disamping itu, Indonesia juga memanfaatkan peluang berpartisipasi dalam *Expert Advisory Group WHO* untuk mengevaluasi GCP guna menyuarakan kepentingan negara-negara yang terdampak kebijakan migrasi internasionalnya karena label krisis kekurangan SDM kesehatan.

Dalam laporan evaluasi yang dirilis oleh *WHO Expert Advisory Group (EAG)* tentang Relevansi Efektifitas *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, disampaikan bahwa beberapa negara telah menyalahartikan daftar negara yang krisis kekurangan tenaga kesehatan sehingga penerapan prinsip-prinsip GCP menjadi kurang optimal dalam konteks dialog kebijakan yang relevan di tingkat nasional dan antar negara. EAG mengakui daftar tersebut sudah tidak relevan dengan perkembangan saat ini dan perlu diperbarui menyesuaikan dengan target terbaru dari SDGs khususnya terkait pencapaian UHC. EAG juga merekomendasikan agar relevansi dan efektifitas GCP dinilai lebih lanjut agar dapat dipertimbangkan dalam pelaporan periode ke 5 tahun 2023-2024 dan dapat disampaikan pada WHA ke-79. Dalam laporan ini, WHO mengakui kepatuhan dan komitmen

Indonesia untuk implementasi Kode. Laporan tersebut telah diajukan dalam Sidang WHO ke-73 yang diselenggarakan pada November 2020. Hasil resolusi bidang SDM kesehatan dalam sidang WHO tersebut menyatakan antara lain untuk mencatat laporan EAG dan mendorong negara anggota melaksanakan rekomendasi terkait dengan implementasi GCP.

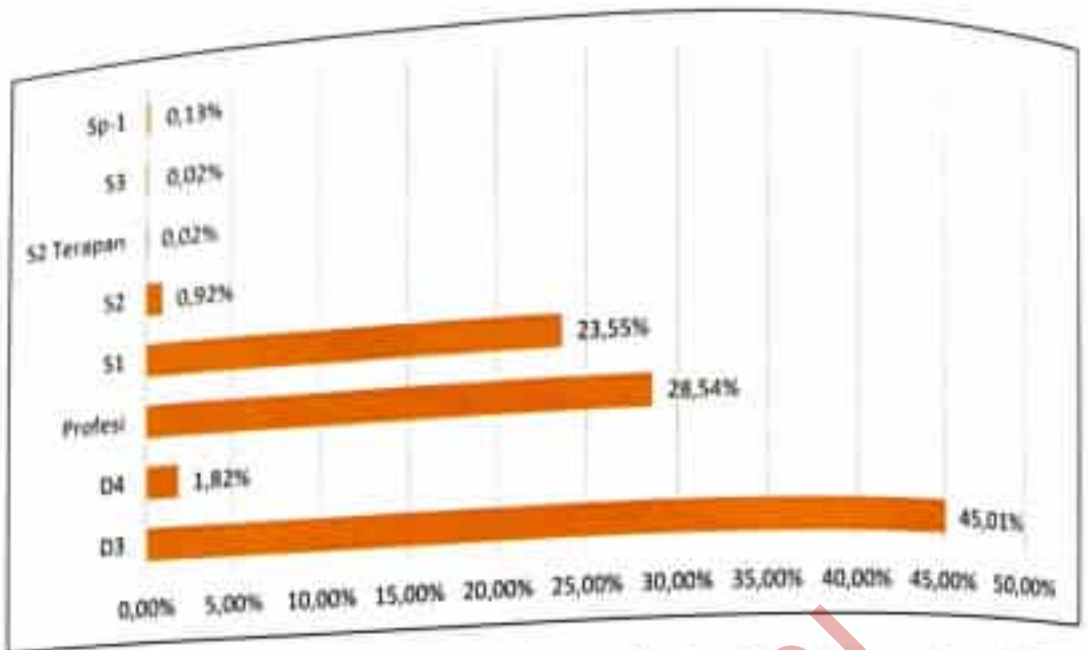
KEMENKES RI

3.1 Sektor Pendidikan

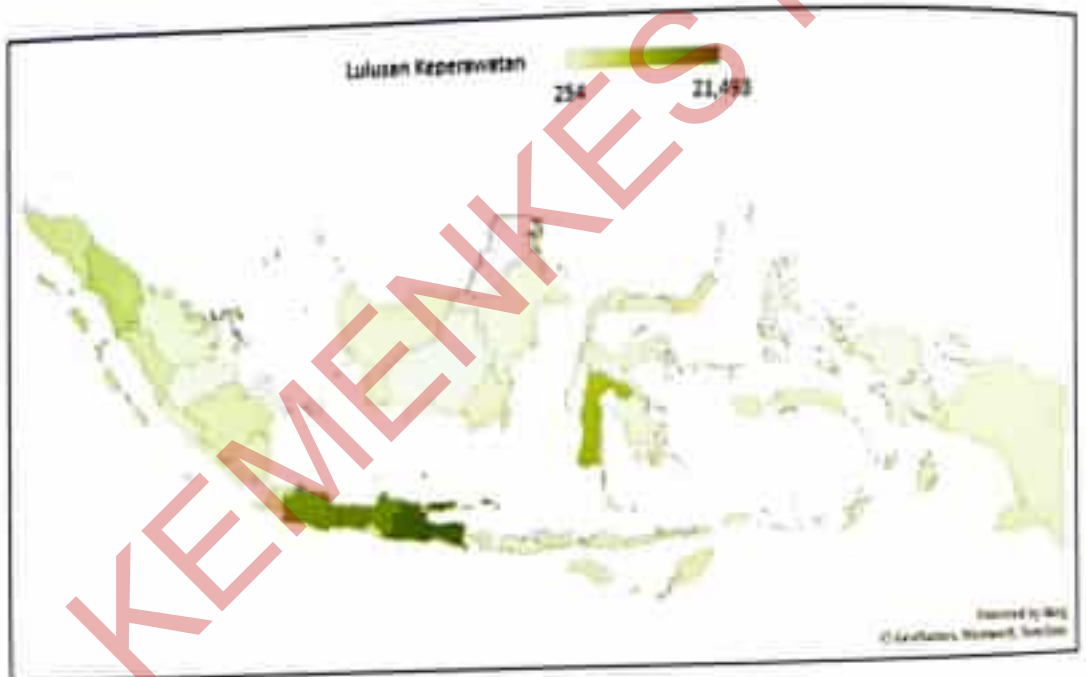
Dimensi pada sektor pendidikan ini mencakup aspek pengadaan yang dilakukan melalui sistem pendidikan dan pelatihan untuk menghasilkan sekelompok tenaga kesehatan yang unggul dan kompeten dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan. Pada dimensi pokok pertama ini dibahas tentang pendidikan dan pelatihan, regulasi di bidang pendidikan dan pelatihan, serta pembiayaan pendidikan khususnya di bidang keperawatan.

3.1.1 Pendidikan dan Pelatihan

Pada tahun 2019 di Indonesia tercatat jumlah institusi pendidikan keperawatan sebanyak 534 institusi. Secara keseluruhan terdapat 1.058 program pendidikan keperawatan di Indonesia yang terdiri dari D3 sebanyak 413 program studi, D4/S1 sebanyak 342 program studi dan profesi sebanyak 280 program studi, sisanya sebanyak 23 adalah program studi S2 keatas. Angka ini mencerminkan banyaknya angkatan kerja tenaga keperawatan yang bisa dicetak tiap tahunnya dari berbagai jenjang studi. Tentu saja hal ini akan mendukung dari segi kuantitas (jumlah) sumber daya, sedangkan dari segi kualitas ditunjang oleh penerapan kurikulum yang telah terstandar di setiap institusi/lembaga pendidikan keperawatan. Berdasarkan data Profil Kesehatan 2019, lulusan tenaga perawat tahun 2019 yang sudah dilaporkan yaitu sebanyak 138.206 orang dengan rincian berdasarkan jenjang pendidikan D3 sebanyak 62.211 orang (45.01%), D4/S1 sebanyak 35.085 (25.37%) dan profesi sebanyak 39.439 (28.54%) dan lainnya sebanyak 1.496 orang (1.08%) sesuai dengan gambar dibawah (Kemenkes, 2020).



Gambar 11. Lulusan Perawat berdasarkan Jenjang Pendidikan tahun 2019



Gambar 12. Sebaran Lulusan Keperawatan tahun 2019

Terdapat 5 propinsi dengan jumlah lulusan terbanyak yaitu Provinsi Jawa Timur (15.55%), Jawa Tengah (12.29%), Jawa Barat (11.61%), Sulawesi Selatan (7.42%) dan DKI Jakarta (5.16%) seperti yang terlihat pada gambar (Kemenkes, 2020). Dari informasi tersebut, diketahui bahwa jumlah institusi pendidikan masih terpusat pada propinsi di pulau Jawa, dan belum tersebar merata di seluruh wilayah Indonesia. Hal ini dapat berpengaruh juga pada distribusi tenaga perawat yang menyebabkan adanya maldistribusi.

Kurikulum pendidikan Keperawatan di Indonesia, khususnya pendidikan vokasi sudah diperbarui oleh Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPVIKI) pada tahun 2018 dan sudah selaras dengan *core competence* ASEAN yang telah diterapkan ke mahasiswa D3 tahun 2019-2020. Untuk kurikulum sarjana terapan masih dalam proses penyesuaian dengan rujukan utamanya yaitu kompetensi inti ASEAN dengan tujuannya untuk mendapat pengakuan dari ASEAN. Sedangkan Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) sendiri secara periodik setiap 5 tahun melakukan pembaharuan, mengacu pada ASEAN dan regulasi yang ada terkait mata kuliah tambahan untuk membahas masalah global.

Mengenai durasi pendidikan Keperawatan, saat ini AIPNI sedang dalam proses mencoba menata masa studi untuk pendidikan profesi Ners yang dianggap terlalu lama dengan durasi 5 tahun dibandingkan dengan negara-negara tetangga, seperti Malaysia, yang masa studinya hanya 4 tahun termasuk untuk mengambil sertifikasi perawat profesi berstatus RN (*Registered Nurse*). Sehingga direncanakan masa studi pendidikan profesi Ners akan menjadi hanya 4 tahun dengan penyesuaian kurikulum. Terkait dengan pelatihan yang tersedia, BCLS (*Basic Cardiac Life Support*) wajib sebagai kompetensi pelatihan bagi mahasiswa sebelum mengikuti pendidikan profesi dan beberapa pelatihan lainnya sesuai dengan muatan dalam kurikulum yang ditentukan. Rasio mahasiswa dengan pendidik yang berkualitas untuk pendidikan dan pelatihan sendiri telah diatur dalam Permendikbud Nomor 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi. Dilakukan akreditasi, baik oleh BAN-PT maupun oleh Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi (LAMPT).

Sesuai dengan Kepmenkes Nomor 725 tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan di Bidang Kesehatan, menyebutkan bahwa dalam rangka meningkatkan mutu, profesionalisme, dan kompetensi tenaga Kesehatan diperlukan berbagai upaya diantaranya melalui pendidikan dan pelatihan. Pelatihan di bidang kesehatan dapat diselenggarakan di Balai Pelatihan Kesehatan atau unit lain milik pemerintah dan/atau masyarakat yang mempunyai tugas dan fungsi melaksanakan pelatihan di bidang kesehatan. Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 67 tahun 2019 tentang pengelolaan tenaga Kesehatan, pelatihan merupakan proses pembelajaran yang bertujuan untuk meningkatkan kinerja, profesionalisme, dan/atau menunjang pengembangan karir tenaga Kesehatan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya sesuai dengan kebutuhan. Pelatihan tenaga kesehatan dapat diselenggarakan oleh

pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Pelatihan tenaga kesehatan dapat dilakukan pada prapenugasan dan/atau di dalam penugasan. Setiap penyelenggaraan pelatihan harus terakreditasi dan diselenggarakan oleh institusi penyelenggara yang terakreditasi dan dilakukan oleh pemerintah pusat.

Pandemi Covid 19 telah melanda dunia dan juga Indonesia. Strategi yang dilakukan Indonesia termasuk diantaranya penanganan pasien yang terduga dan terkonfirmasi Covid-19 dan pencegahan penularan yaitu dengan dilakukan protokol Kesehatan baik di tempat kerja, rumah, tempat umum atau fasilitas lainnya dan pelaksanaan vaksinasi. Kementerian Kesehatan menyelenggarakan berbagai pelatihan terkait penanganan covid-19 bagi tenaga kesehatan. Upaya pemberian vaksin dilakukan untuk meningkatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit Covid 19. Untuk mendukung keberhasilan program vaksinasi Covid-19, diperlukan pelatihan dalam pemberian vaksin yang baik dan benar. Pelatihan vaksinator Covid 19 bagi tenaga Kesehatan Indonesia dilaksanakan di BBPK Jakarta, BBPK Ciloto, BBPK Makassar, Bapelkes Semarang dan Bapelkes Batam dengan metode daring dengan peserta yang berasal dari 34 propinsi di Indonesia dengan profesi dokter, perawat dan bidan. Sampai dengan bulan Januari 2021, total jumlah peserta pelatihan vaksinator Covid 19 adalah sebanyak 32,647 orang.

3.1.2 Regulasi Pendidikan dan Pelatihan

Membahas regulasi dalam pengaturan luaran sumber daya manusia profesional, seperti tenaga keperawatan, tidak akan luput dari adanya fungsi produk-produk hukum yang dihasilkan oleh pemerintah untuk mengatur berjalannya semua aktivitas selama pemrosesan dan pengolahan output SDM. Produk hukum mulai dari undang-undang, peraturan pemerintah atau menteri dan lain sebagainya sangat diperlukan untuk meregulasi penataan profesi keperawatan di Indonesia. Hal yang diatur juga beragam, mulai dari pengaturan tugas dan fungsi, jenjang karir, institusi, dan ketentuan praktik hampir semuanya diatur melalui produk hukum. Adanya produk hukum yang dikeluarkan untuk mengatur profesi perawat di Indonesia, meskipun saat ini belum terlalu kompleks, menjadi bukti adanya upaya pemerintah dalam memperbaiki luaran SDM calon perawat agar mampu bersaing dalam ranah yang lebih luas dan global.

Selain itu, Peraturan yang menjadi pedoman dalam proses akreditasi institusi pendidikan keperawatan di Indonesia yaitu: UU Nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, Permendikbud Nomor 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi, Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 5 tahun 2019 tentang Instrumen Akreditasi Program Studi, Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 4 tahun 2017 tentang Kebijakan Penyusunan Instrumen Akreditasi, Permendikbud Nomor 5 tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi, Peraturan LAM PT.Kes Nomor 2/2020, Permendikbud Nomor 7 tahun 2020 tentang Pendirian, Perubahan, Pembubaran PTN dan Pendirian, Perubahan, Pencabutan Izin PTS. Ketetapan akreditasi berlaku dalam 5 tahun merujuk pada Permendikbud Nomor 5/2020 dan Persetujuan standar akreditasi ditetapkan oleh rapat anggota, yang merupakan struktur organisasi tertinggi dalam LAM PT.Kes (terdiri dari ketua organisasi asosiasi profesi dan institusi pendidikan bidang kesehatan). Pengadaan sistem akreditasi bagi institusi pendidikan keperawatan di Indonesia dapat menunjang luaran kualitas sumber daya manusia meliputi kompetensi yang dimiliki secara teori dan skill dalam memberikan pelayanan profesional keperawatan.

Sementara itu Standar nasional profesi keperawatan telah disusun oleh PPNI, akan tetapi masih dalam proses penetapan (termasuk lingkup standar pendidikan interprofesionalisme). Jenjang karier perawat sendiri telah memiliki regulasi yaitu Permenkes Nomor 40 tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis, tetapi belum semua fasyankes menerapkan hal tersebut. Terkait dengan Pengembangan karir perawat pola karir di Indonesia ada dua pola, yaitu jabatan fungsional perawat dan jenjang karir. Untuk jenjang karir sudah dijalankan di Rumah Sakit, meskipun belum semua. PPNI mengadvokasi dan melakukan pada pengembangan keperawatan melalui Komite Keperawatan.

3.1.3 Pembiayaan pendidikan

Upaya untuk menjamin kualitas pendidikan yang diselenggarakan oleh institusi pendidikan keperawatan tentu sangat berkaitan dengan pembiayaan pendidikan. Besaran biaya pendidikan yang dibebankan oleh institusi pendidikan keperawatan kepada peserta didiknya masih bervariasi. Sampai saat ini, belum ada regulasi yang mengatur secara spesifik standar biaya untuk pendidikan keperawatan di Indonesia. Namun, pemerintah telah mengesahkan Permendikbud Nomor 25 Tahun 2020 tentang Standar Satuan Biaya

Operasional Pendidikan Tinggi pada Perguruan Tinggi Negeri di Lingkungan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan yang dapat digunakan sebagai acuan bagi institusi pendidikan untuk menghitung biaya pendidikan yang dibebankan kepada peserta didik agar sesuai dan wajar.

Menurut UU Nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, standar satuan biaya operasional pendidikan tinggi telah ditetapkan secara berkala oleh pemerintah dengan mempertimbangkan tiga parameter, yaitu: 1) capaian Standar Nasional Pendidikan Tinggi; 2) jenis program studi; dan 3) indeks kemahalan wilayah. Perhitungan biaya operasional pendidikan dilakukan dengan metode *activity-based costing* yang dibedakan atas biaya langsung dan biaya tidak langsung. Biaya langsung digunakan untuk mendanai kegiatan operasional yang berkaitan langsung dengan penyelenggaraan program studi mengacu pada rancangan kurikulum, meliputi: kegiatan pembelajaran di kelas, di lapangan, tugas akhir, serta bimbingan konseling dan kemahasiswaan. Sementara biaya tidak langsung digunakan untuk pengelolaan institusi yang secara tidak langsung dapat mendukung penyelenggaraan program studi, meliputi: biaya administrasi umum (gaji dan tunjangan), pemeliharaan sarana prasarana, pengembangan institusi, dan biaya operasional lainnya.

Program studi keperawatan termasuk dalam rumpun ilmu terapan (kesehatan) yang mengembangkan keterampilan sebagai komplemen. Program studi dalam kategori ini diarahkan untuk menghasilkan lulusan yang selain mempunyai kemampuan penguasaan pondasi keilmuan juga mempunyai kemampuan praktik yang relevan dengan penerapan ilmu di lapangan. Maka, selain kegiatan perkuliahan di kelas, program studi keperawatan juga membutuhkan kegiatan praktik dalam kelompok yang dilaksanakan dalam lingkungan simulasi yang terkendali, seperti laboratorium dan lapangan/klinik layanan. Hal ini turut berkontribusi terhadap tingginya biaya operasional pendidikan keperawatan.

Selanjutnya, standar biaya operasional pendidikan tersebut digunakan untuk memperoleh besaran Biaya Kuliah Tunggal (BKT) yang diperlukan untuk pemenuhan capaian pembelajaran lulusan program studi yang dihitung per mahasiswa per tahun. BKT ditetapkan oleh menteri melalui Direktorat Jenderal, yang kemudian digunakan oleh institusi penyelenggara pendidikan sebagai dasar untuk penghitungan Uang Kuliah Tunggal (UKT). UKT dapat diartikan sebagai biaya yang dikenakan kepada setiap mahasiswa untuk digunakan dalam proses pembelajaran. Besaran UKT di PTN harus mendapatkan persetujuan dari menteri melalui Direktorat Jenderal, sedangkan bagi PTS diatur oleh

pemimpin perguruan tinggi (Permenristekdikti Nomor 44 Tahun 2015). Sesuai dengan Permendikbud Nomor 25 tahun 2020 besaran UKT bagi mahasiswa program diploma dan sarjana terbagi paling sedikit dalam dua kelompok yaitu kelompok 1 dengan besaran UKT paling tinggi Rp 500.000,00 dan kelompok 2 dengan besaran UKT paling rendah Rp 501.000,00 dan paling tinggi Rp 1.000.000,00. Penetapan kelompok UKT ini didasarkan pada pendapatan dan jumlah tanggungan keluarga dari mahasiswa, orang tua mahasiswa, atau pihak lain yang membiayai mahasiswa.

Di samping UKT, institusi pendidikan juga dapat memungut iuran pengembangan institusi dari mahasiswa asing, kelas internasional, serta yang masuk dari jalur kerja sama dan seleksi mandiri. Iuran pembangunan institusi tidak dikenakan bagi mahasiswa yang secara ekonomi kurang mampu. Besaran iuran ini ditentukan berdasarkan prinsip kewajaran, proporsional, dan berkeadilan. Komponen perhitungan UKT tidak termasuk dalam biaya mahasiswa yang bersifat pribadi, biaya pendukung pelaksanaan kuliah kerja nyata/magang/praktek kerja lapangan mahasiswa, biaya asrama mahasiswa, dan kegiatan pembelajaran dan penelitian yang dilaksanakan secara mandiri oleh mahasiswa. Hal ini semakin memperjelas alasan besaran biaya pendidikan yang dibebankan oleh institusi pendidikan keperawatan kepada peserta didiknya cenderung bervariasi di Indonesia.

Bagi mahasiswa berprestasi atau kurang mampu, institusi pendidikan keperawatan menyediakan beasiswa atau bantuan finansial, baik berupa pembebasan atau pemotongan UKT, baik dari institusi pendidikan tersebut maupun dari pemerintah atau pihak-pihak lain. Sementara bagi perawat yang sudah bekerja sebagai PNS, Kementerian Kesehatan RI menyediakan bantuan pembiayaan tugas belajar dengan syarat dan ketentuan tertentu. Biaya pendidikan keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes BLU bervariasi sesuai dengan pembagian zona dan jenjang pendidikan. Penetapan zonasi berdasarkan letak geografis yang terdiri dari zona I, zona II dan zona III. Berikut disampaikan informasi Tarif BLU pada Politeknik Kesehatan Kemenkes.

Tabel 6. Perbandingan Uang Kuliah Tunggal (UKT) per Semester pada Politeknik Kesehatan Kemenkes

Jenjang Pendidikan	Zona I	Zona II	Zona III
DIII	Rp 3.680.000,- s.d. Rp 5.400.000,-	Rp 4.810.000,- s.d. Rp 6.520.000,-	Rp 5.940.000,- s.d. Rp 7.650.000,-
D IV	Rp 3.940.000,- s.d. Rp 5.760.000,-	Rp 5.150.000,- s.d. Rp 6.980.000,-	Rp 6.360.000,00 s.d. Rp 8.190.000,-
Profesi	Rp 6.160.000,- s.d. Rp 9.010.000,-	Rp 8.050.000,- s.d. Rp 10.910.000,-	Rp 9.950.000,- s.d. Rp 12.800.000,-
Pasca Sarjana	Rp 7.170.000,- s.d. Rp 10.490.000,-	Rp 9.380.000,- s.d. Rp 12.700.000,-	Rp 11.600.000,- s.d. Rp 14.910.000,-
Prog Khusus/ Alih Jenjang	Rp 4.220.000,- s.d. Rp 6.180.000,-	Rp 5.520.000,- s.d. Rp 7.480.000,-	Rp 6.820.000,- s.d. Rp 8.770.000,-

Sumber : Kemenkes, 2020

Pengembangan profesional berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi perawat, yang secara tidak langsung juga berdampak terhadap peningkatan mutu pelayanan keperawatan tidak hanya dilakukan dengan menempuh jenjang pendidikan formal selanjutnya, tetapi juga melalui pelatihan. *In-service training* merupakan pelatihan jangka pendek bagi perawat yang sudah bekerja, difokuskan kepada kompetensi khusus dari perawat tersebut. Berdasarkan data Pusat Pelatihan SDM Kesehatan tahun 2018, terdapat beberapa jenis pelatihan yang dapat diikuti oleh perawat, baik pelatihan penjenjangan, manajemen, teknis, maupun fungsional, baik yang diselenggarakan oleh tempat kerja maupun lembaga pelatihan lainnya. Kebijakan mengenai jenis pelatihan yang diikuti dan pembiayaannya diatur oleh fasilitas pelayanan kesehatan dimana perawat tersebut bekerja.

3.2 Angkatan Kerja

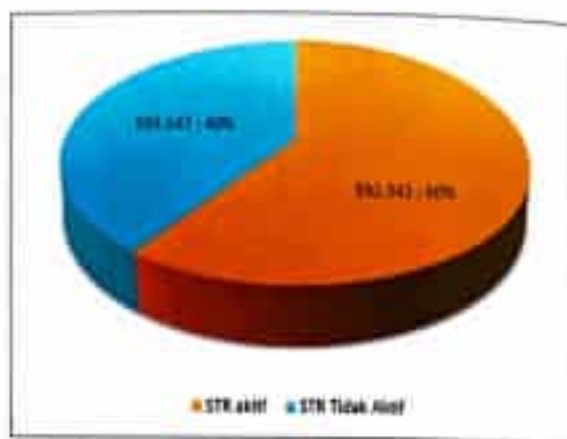
Pada dimensi pokok yang kedua dalam kerangka kerja pasar kerja perawat, dibahas beberapa aspek mencakup ketersediaan perawat, pergerakan pasar kerja tenaga kesehatan, karakteristik pekerjaan dan kondisi lingkungan kerja, dan pembiayaan/remunerasi tenaga kesehatan.

3.2.1 Ketersediaan perawat

Ketersediaan perawat dapat dilihat dari rasio tenaga perawat per jumlah penduduk, rasio tenaga perawat di tingkat daerah, distribusi perawat berdasarkan tingkat pendidikan, kelompok usia, gender, dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan, serta tambahan suplai dari tenaga kesehatan warga negara asing jika ada dan proporsi tenaga kesehatan dibanding seluruh tenaga kerja yang ada (WHO, 2017). Pengukuran rasio perawat ini dilakukan dengan membandingkan jumlah perawat yang tersedia dibandingkan per 1.000 penduduk sesuai saran dari WHO (Dal Poz et al., 2006).

Pada kajian ini, ketersediaan perawat secara nasional dapat dilihat dari jumlah perawat yang telah dinilai kompeten dalam melakukan praktik keperawatan yang ditandai dengan kepemilikan STR yang berlaku selama 5 tahun. Sejak tahun 2012 sampai dengan tahun 2020 Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI) telah menerbitkan 985.889 STR bagi perawat yang telah memperoleh sertifikat kompetensi. Dari jumlah tersebut sebanyak 592.342 perawat memiliki STR aktif (masih berlaku) dan 393.547 STR tidak aktif (Gambar 13). Menurut informasi dari Sekretariat KTKI adanya STR tidak aktif tersebut dapat terjadi karena habis masa berlaku, perpanjangan, peningkatan level pendidikan, ataupun adanya alih profesi dari tenaga perawat tersebut. Fakta yang terjadi di lapangan seringkali tenaga perawat tidak segera mengurus perpanjangan STR, walaupun sudah berakhir masa berlakunya dan bekerja tanpa adanya STR.

Per tahun rata-rata KTKI menerbitkan sekitar 109.543 STR baru bagi perawat. Hal ini mengindikasikan jumlah rata-rata tenaga perawat dengan kualifikasi D3 dan Ners yang siap memasuki pasar kerja dalam setiap tahunnya. KTKI belum mencatat adanya permohonan STR sementara bagi warga negara asing dan belum mencatat adanya pengajuan STR dari perawat Indonesia lulusan dari luar negeri. Oleh karena itu ketersediaan perawat dari aspek luar negeri untuk pasar kerja domestik tidak dikaji lebih lanjut.



Sumber : Sekretariat KTKI, 2020

Gambar 13. Perawat Teregistrasi Agustus 2020

Dokumen *Human Resources for Health Country Profile of Indonesia* tahun 2019 melaporkan bahwa secara kumulatif jumlah perawat mengalami kenaikan yang signifikan yang ditunjukkan dari data trend rasio tenaga perawat per 1.000 penduduk yang teregistrasi di Kementerian Kesehatan dalam kurun waktu 2015-2018, yaitu 1,49, 1,84, 2,11 dan 2,46 (Kemenkes, 2019). Proyeksi target rasio perawat terhadap 1000 penduduk pada RPTK 2011 – 2025 adalah 1,8 untuk tahun 2019 dan 2,0 untuk tahun 2025, sehingga dapat dikatakan capaian rasio perawat di Indonesia sudah diatas target kebutuhan saat ini (Kemenkes, 2020). Dengan menggunakan dasar data STR aktif, ketersediaan perawat bahkan terhitung masih berlebih, yaitu dengan rasio yaitu 2,18 perawat per 1000 penduduk pada tahun 2020.

Berdasarkan data STR kumulatif dari tahun 2012-2020 diperoleh rata-rata kenaikan STR kumulatif sebesar 27.7%. Namun jika dilihat dari keadaan tahun 2020, dimana proporsi STR aktif sebesar 60.1% dari STR kumulatif, maka diasumsikan kenaikan laju STR aktif sebesar 16.6%. Sedangkan untuk proyeksi kebutuhan perawat, menggunakan target rasio tahun 2019 dan 2025 pada dokumen RPTK maka diasumsikan adanya peningkatan kebutuhan perawat sebesar 3,1% per tahun, dengan perkiraan laju pertumbuhan penduduk 1,36% per tahun. Tabel 7 menyajikan proyeksi kebutuhan dan ketersediaan perawat berdasarkan perkiraan rerata pertumbuhan STR aktif per tahun dan perkiraan jumlah penduduk diproyeksikan dengan laju pertumbuhan 1.36 % per tahun.

Mengacu pada target rasio perawat terhadap penduduk pada tahun 2025, maka proyeksi kebutuhan perawat teregistrasi adalah 581.414 orang perawat, sedangkan proyeksi jumlah STR aktif sebanyak 1,276,631 orang. Artinya target tahun 2025 sudah dapat dipenuhi pada tahun 2020. Bahkan diperkirakan pada

tahun 2021 akan terdapat surplus 176.470 perawat dan kemungkinan akan terus meningkat jumlahnya hingga 695.217 perawat pada tahun 2025, jika tidak diikuti dengan peningkatan target kebutuhan perawat dan upaya penciptaan lapangan kerja kesehatan dalam negeri.

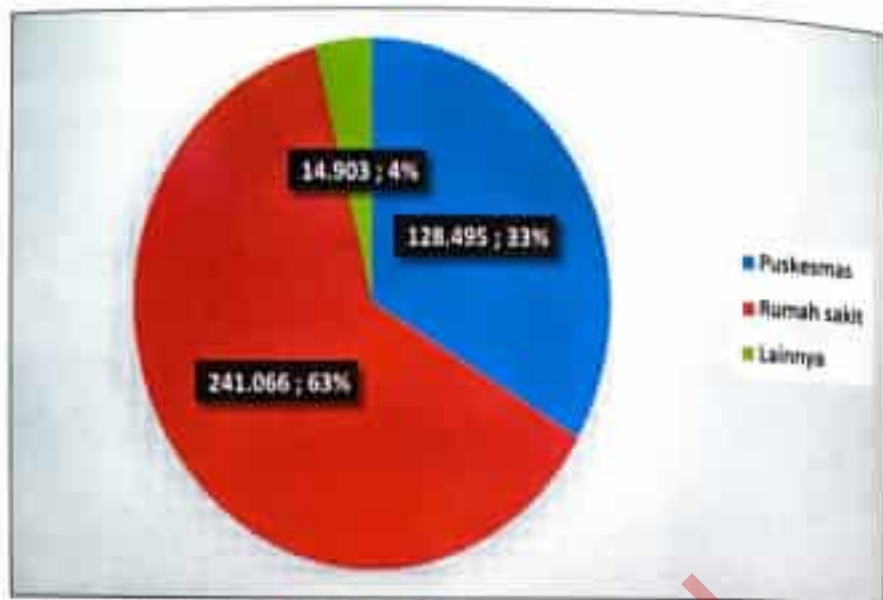
Tabel 7. Proyeksi Kebutuhan dan ketersediaan Perawat tahun 2019 sampai dengan tahun 2025 berdasarkan perkiraan jumlah STR aktif

Tahun	Proyeksi Kebutuhan Perawat Teregistrasi (STR Aktif)*	Proyeksi ketersediaan Perawat Teregistrasi (STR Aktif) **	kurang (-)/ lebih (+)
2019	482.534	N/A	
2020	498.063	592.342	(+) 94.279
2021	514.201	690.671	(+) 176.470
2022	530.407	805.322	(+) 274.915
2023	546.958	939.006	(+) 392.048
2024	564.148	1.094.881	(+) 530.733
2025	581.414	1.276.631	(+) 695.217

Sumber : Sekretariat KTKI, 2020

- * Proyeksi kebutuhan dengan estimasi kenalkan 3% pertahun dari target RPTK untuk rasio perawat tahun 2019 dan tahun 2025
- ** Proyeksi ketersediaan berdasarkan rata-rata pertambahan jumlah STR aktif per tahun.

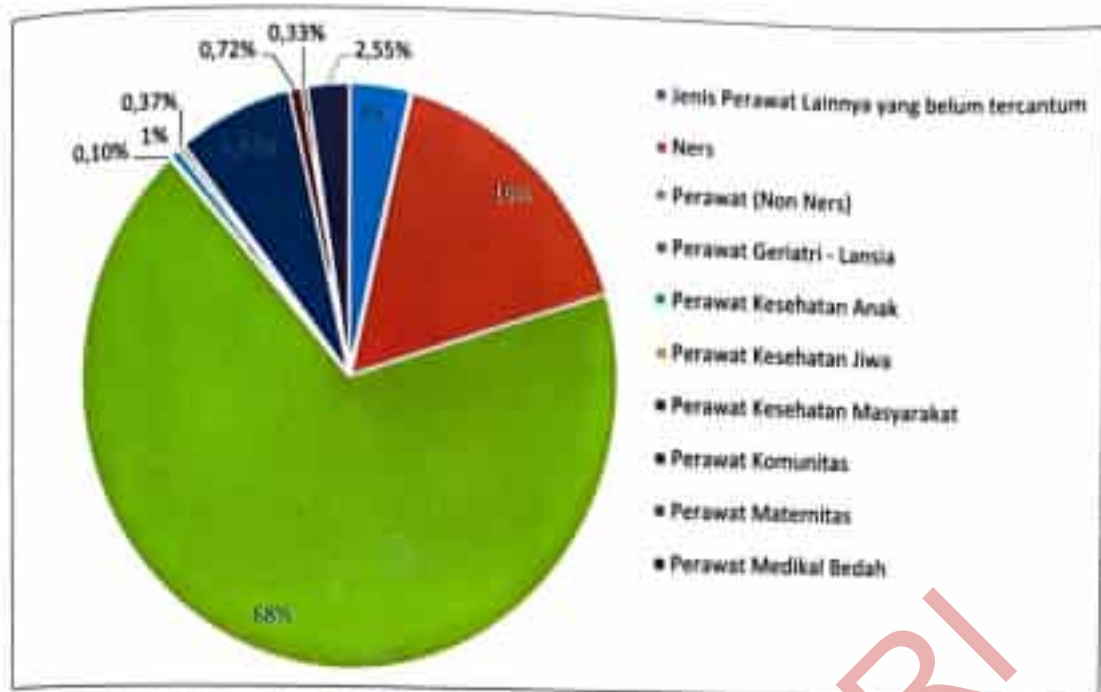
Pada saat laporan ini ditulis, secara keseluruhan jumlah perawat yang bekerja pada berbagai fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan laporan pada Sistem Informasi SDM Kesehatan (SI-SDMK) Kementerian kesehatan baru berjumlah 384.464 perawat. Gambar 14 menunjukkan sebanyak 128.945 orang dilaporkan bekerja di 10.032 Puskesmas. Sebanyak 241.066 perawat bekerja di 2813 Rumah Sakit, sedangkan 14.093 bekerja di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Jika dibandingkan dengan jumlah STR aktif perawat, ada selisih sebanyak 207.878 perawat ber STR yang tidak tercatat bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini memungkinkan masih adanya sejumlah perawat yang berpraktik di fasilitas pelayanan kesehatan, praktik mandiri keperawatan dan yang bekerja di manajemen kesehatan belum terdata dalam SI-SDMK. Jumlah dan rasio perawat per 1.000 penduduk berdasarkan fasilitas kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dan Klinik) per Juni 2020 untuk perawat profesi sejumlah 90.950 dengan rasio 0,33, sedangkan perawat vokasi sejumlah 260.459 dengan rasio 0,96 (Kemenkes, 2020).



Sumber : SI SDM Kesehatan Badan PPSPDMK, 2020

Gambar 14. Distribusi Perawat berdasarkan tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan tahun 2020

Distribusi perawat berdasarkan tingkat pendidikan dibagi menjadi jenjang diploma, ners, magister, spesialis dan doktor. Sedangkan berdasarkan spesialisasi di unit kerja dibagi menjadi beberapa keahlian yaitu perawat geriatri, perawat kesehatan anak, perawat jiwa, perawat kesehatan masyarakat, perawat maternitas dan perawat medikal bedah. Menurut data SI-SDMK per Juni 2020, diperoleh data tenaga perawat Indonesia di fasyankes berdasarkan jenis perawat seperti Gambar 15 di bawah ini.

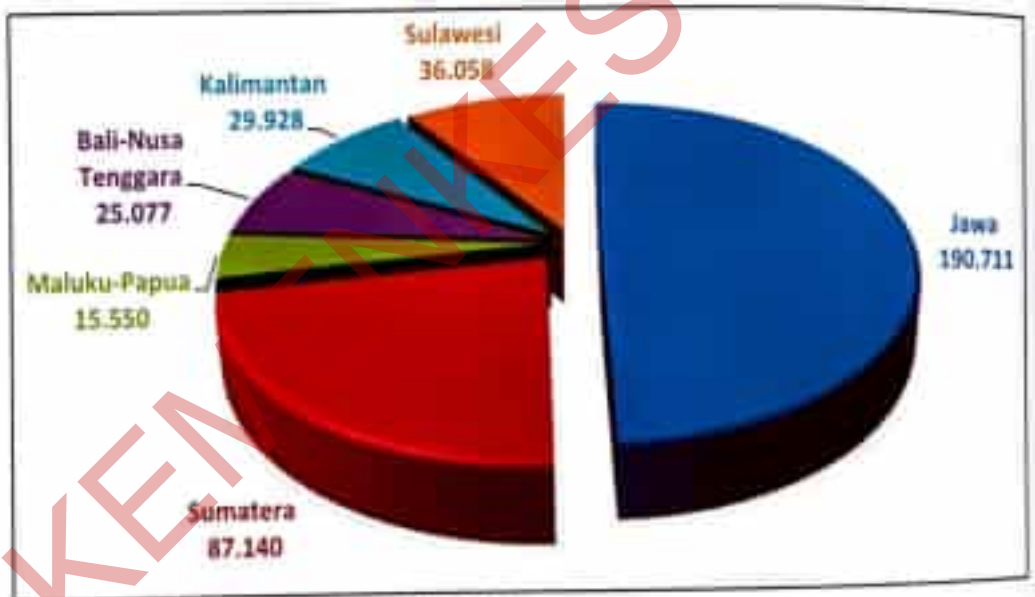
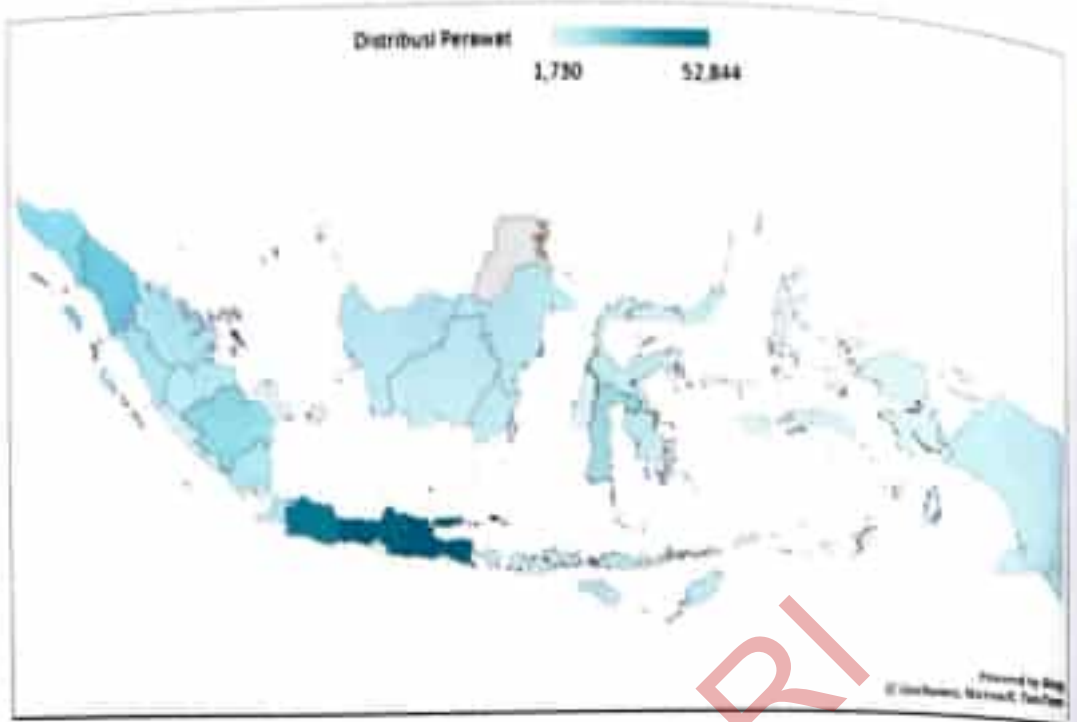


Sumber : SI SDMK Badan PPSPDMK, 2020

Gambar 15. Distribusi Perawat berdasarkan Jenis Perawat tahun 2020

Dari gambar diperoleh informasi bahwa kategori perawat (non Ners) memiliki jumlah persentase terbesar sejumlah 68% dibandingkan dengan jenis yang lainnya. Jenis perawat non Ners dapat diasumsikan adalah jenis perawat dengan jenjang pendidikan vokasi. Sistem pendidikan keperawatan menyebutkan pembagian spesialisasi keperawatan terdiri atas spesialisasi keperawatan medikal bedah, keperawatan maternitas, keperawatan komunitas, keperawatan anak, dan keperawatan jiwa. Namun dalam bagan diatas diperoleh informasi terdapat jenis perawat yang tidak termasuk ke dalam pendidikan spesialisasi keperawatan yaitu keperawatan geriatri sebanyak 0,10% dan keperawatan Kesehatan masyarakat sebanyak 6,94%. Hal ini diasumsikan bahwa informasi kedua jenis perawat tersebut diperoleh berdasarkan unit kerja dimana perawat tersebut bekerja, bukan dari kompetensi yang tersertifikasi

Distribusi terbanyak tenaga perawat yang bekerja di fasyankes terdapat di pulau Jawa sebesar 190.711 (49,6%) perawat, kemudian di pulau Sumatera sebanyak 87.140 (22,67%) perawat, dan pulau Sulawesi sebanyak 36.058 (9,38%) perawat sesuai yang tercantum pada Gambar 16 dibawah ini. Dari sejumlah 34 provinsi di Indonesia, Provinsi Jawa Timur memiliki jumlah perawat terbesar, sedangkan Provinsi Sulawesi Barat memiliki jumlah perawat terkecil.

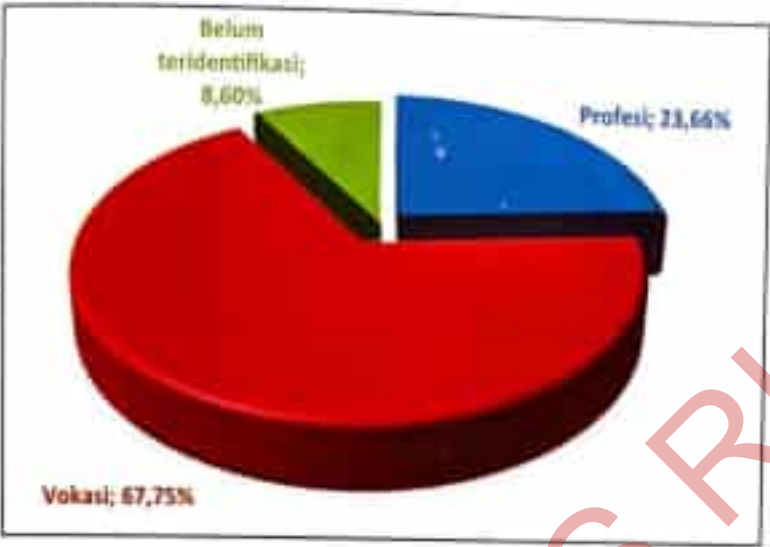


Sumber : SI SDMK Badan PPSDMK, 2020

Gambar 16. Distribusi Perawat di Indonesia tahun 2020

Di pulau Jawa sendiri untuk distribusi tertinggi terdapat di propinsi Jawa Timur sebesar 13,74%, di pulau Sumatera yaitu propinsi Sumatera Utara sebesar 4,48%, untuk pulau Sulawesi jumlah tertinggi terdapat di propinsi Sulawesi Selatan sebesar 3,40%. Sedangkan distribusi terendah pada pulau Maluku-Papua dan jumlah tertinggi terdapat di propinsi Papua sebesar 1,52%.

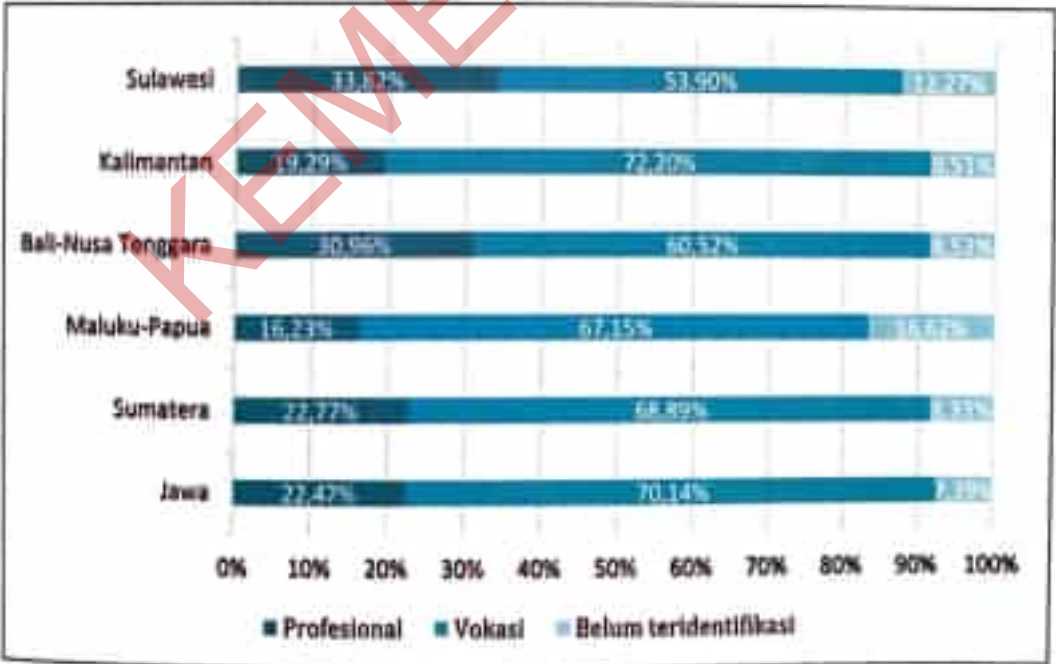
Berdasarkan jenjang pendidikan, distribusi tenaga perawat terdiri dari perawat profesi sebanyak 9.050 orang (23,66%) dan perawat vokasi sebanyak 260.459 orang (67,75%) dan belum teridentifikasi sejumlah 33.055 (8,60%), sesuai Gambar 17 dibawah ini.



Sumber : SI SDM Badan PPSDMK, 2020

Gambar 17. Distribusi Perawat Berdasarkan Jenjang Pendidikan tahun 2020

Berikut disampaikan data distribusi tenaga perawat professional dan vokasi yang bekerja di fasyankes di pulau besar di Indonesia (Gambar 18).



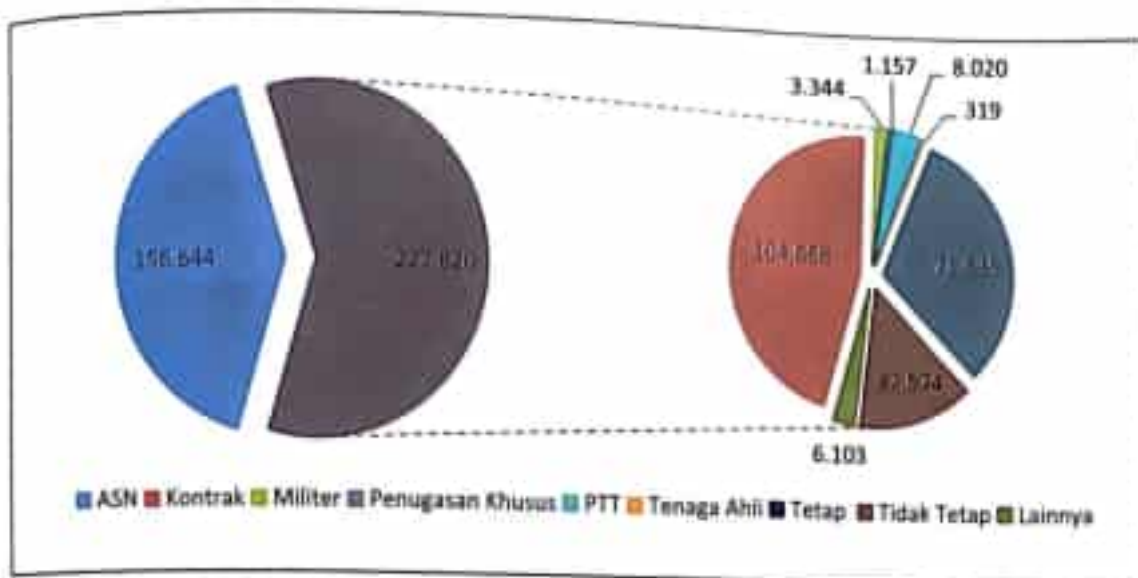
Sumber : SI SDM Badan PPSDMK, 2020

Gambar 18. Distribusi Perawat di pulau-pulau di Indonesia tahun 2020

Dari Gambar 18 diperoleh informasi bahwa di seluruh wilayah Indonesia jenjang pendidikan perawat vokasi memiliki proporsi yang lebih besar dibandingkan dengan perawat profesional. Berdasarkan data perawat vokasi, masih terdapat informasi tenaga perawat dengan jenjang pendidikan dibawah Diploma 3. Sesuai dengan UU Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyebutkan bahwa tenaga Kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum Diploma 3. Adanya data perawat dengan jenjang pendidikan dibawah D3, dapat disebabkan karena belum adanya update data dari fasyankes ataupun individu tersebut belum meningkatkan kualifikasi menjadi D3 sesuai dengan UU Nomor 36 tahun 2014. Sesuai dengan UU Nomor 36 tahun 2014 disebutkan bahwa tenaga kesehatan lulusan pendidikan di bawah D3 yang telah melakukan praktik sebelum ditetapkan Undang-undang ini, tetap diberikan kewenangan untuk menjalankan praktik sebagai tenaga kesehatan untuk jangka waktu 6 (enam) tahun setelah Undang-undang diundangkan. Hingga tahun 2019 Kemenkes telah melakukan program peningkatan kapasitas bagi 15.079 asisten perawat melalui program Pendidikan alih jenis Diploma 3 keperawatan.

Dalam gambar juga diketahui bahwa terdapat kategori belum teridentifikasi dengan jumlah yang bervariasi di masing-masing daerah, kategori ini mengindikasikan adanya informasi yang tidak lengkap dan data perawat dengan jenjang pendidikan SD, SMP, maupun SMA. Hal tersebut perlu dilakukan klarifikasi ulang mengingat pelaporan pada SI SDM dilakukan secara berjenjang oleh masing-masing fasyankes, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, dan pusat (Kementerian Kesehatan).

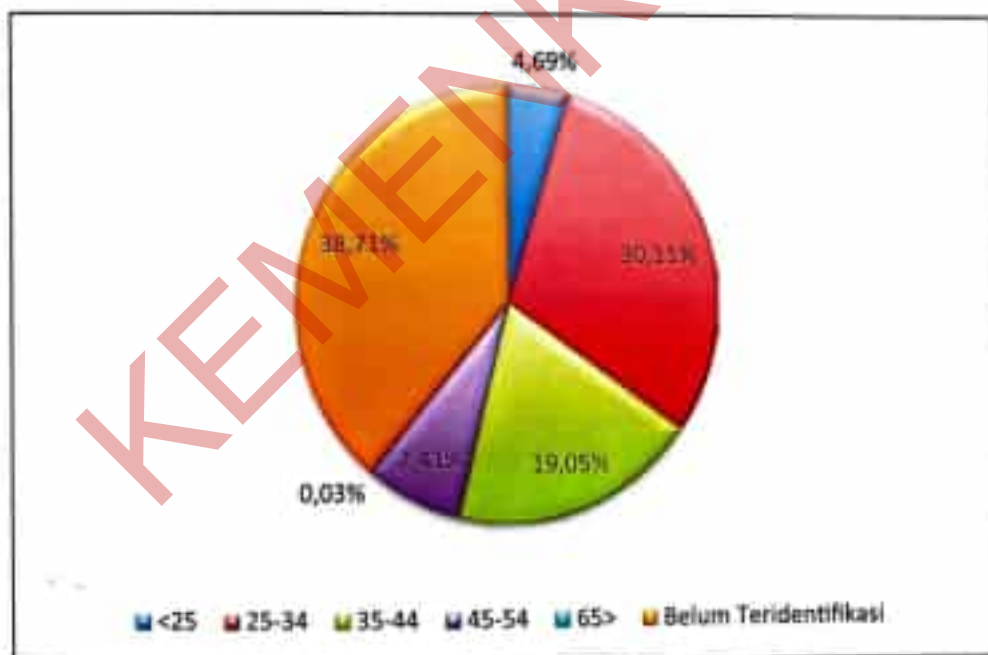
Dalam upaya pemenuhan tenaga perawat, Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai skema pendayagunaan, melalui penempatan permanen (aparatur sipil negara/ASN) dan temporer (penugasan). Berdasarkan status kepegawaian tercatat bahwa saat ini ada 156.644 (40,74%) perawat dengan status ASN dan 227.820 (59,26%) berstatus non ASN yang terdiri dari tenaga kontrak, militer, penugasan khusus, PTT, tenaga ahli tetap, tenaga tetap non-ASN, dan tenaga tidak tetap non – ASN seperti yang terlihat pada gambar 19 dibawah ini.



Sumber : SI SDM Badan PPSDMK, 2020

Gambar 19. Distribusi Perawat berdasarkan Status Kepegawaian tahun 2020

Berikut disampaikan distribusi tenaga perawat berdasarkan usia, perawat usia <25 tahun (18.036), 25-34 tahun (115.776), 35-44 tahun (73.277), 45-54 (28.482), ≥65 tahun (112) (Gambar 15).

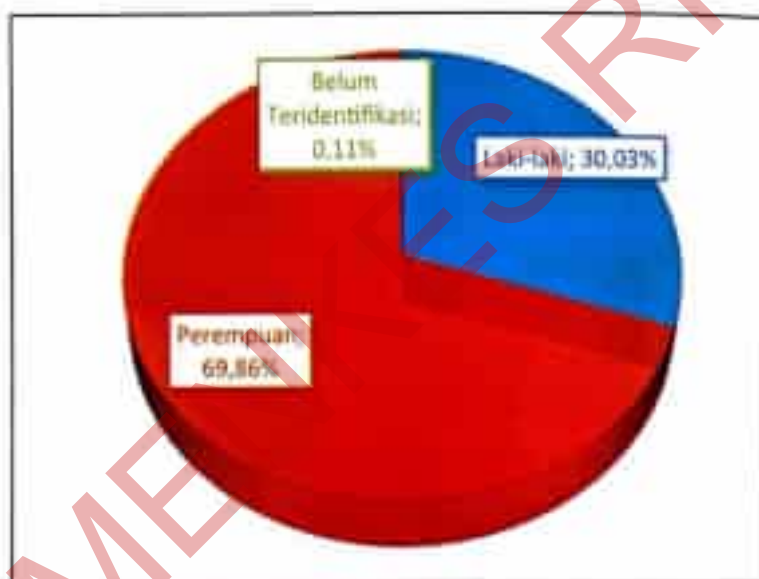


Sumber : SI SDM Badan PPSDMK, 2020

Gambar 20. Distribusi Perawat berdasarkan Usia tahun 2020

Berdasarkan usia dapat diketahui sebanyak 30,11% tenaga perawat Indonesia berada pada usia produktif yaitu 25-34 tahun, kemudian diikuti dengan kelompok umur 35-44 sebanyak 19,05%. Namun dalam data tersebut juga diketahui bahwa terdapat 38,71% yang belum dapat diidentifikasi kelompok umurnya. Hal ini dapat disebabkan oleh *human factor* yang tidak melakukan pengisian data sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

Demikian halnya dengan distribusi berdasarkan jenis kelamin, diketahui bahwa tenaga perawat dengan jenis kelamin laki-laki 115.454 orang (30,03%) dan perempuan 268.594 orang (69,86%). Namun masih terdapat sebanyak 416 orang (0,11 %) perawat yang belum terisi data jenis kelamin sesuai dengan gambar 16 dibawah ini.



Sumber : SI SDMK Badan PPSDMK, 2020

Gambar 21. Distribusi Perawat berdasarkan Jenis Kelamin tahun 2020

Sesuai dengan definisi operasional dari BPS dalam *The Labour Force Concept* yang disarankan oleh *International Labour Organization* (ILO), penduduk yang termasuk angkatan kerja adalah penduduk usia kerja (15 tahun ke atas) yang bekerja, atau mempunyai pekerjaan namun sementara tidak bekerja dan pengangguran. Jumlah Angkatan kerja di Indonesia pada bulan Agustus 2020 mencapai 13,822 juta orang (BPS, 2020). Jika dibandingkan dengan jumlah tenaga perawat Indonesia saat ini yaitu sebanyak 384,464 orang maka persentase tenaga perawat terhadap angkatan kerja di Indonesia hanya sebesar 0.28%.

3.2.2 Pergerakan pasar kerja tenaga keperawatan

Pasar tenaga kerja keperawatan sangat unik, kompleks, dan multidimensional. Dinamika pada pasar kerja tenaga keperawatan mencakup pergerakan masuk dan keluar pasar kerja baik yang bersifat sukarela maupun situasi terpaksa. Pergerakan ini juga melihat pada aspek kepegawaian (pensiun, keluar karena mengundurkan diri atau pemutusan hubungan kerja, meninggal dunia, dan rekrutmen baru) dan migrasi perawat Indonesia (ke luar negeri dan kembali sebagai *returnee*).

Peluang pasar bagi perawat Indonesia tersedia tidak hanya di dalam negeri, tetapi juga di luar negeri. Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViki) menyatakan bahwa rata-rata masa tunggu lulusan untuk mendapat pekerjaan adalah 3-4 bulan. Data *tracer study* yang dilakukan pada Poltekkes Kemenkes di Indonesia, diketahui masa tunggu lulusan diploma kurang dari 3 bulan, sementara lulusan sarjana masa tenggunya 3-6 bulan. Data *tracer study* Universitas Airlangga menunjukkan masa tunggu lulusan paling banyak (75%) kurang dari 3 bulan, terhitung dari waktu dinyatakan lulus Uji Kompetensi Ners Indonesia (UKNI). Data ini tidak dapat menggambarkan proporsi jenis pekerjaan yang diambil oleh lulusan, sehingga belum dapat dipastikan bahwa semua lulusan berprofesi sebagai perawat.

Lulusan yang berasal dari program alih jenis (dari diploma ke sarjana) memiliki masa tunggu yang cenderung pendek. Hal ini terjadi karena jika dibandingkan dengan lulusan program reguler, lulusan program alih jenis telah memiliki pengalaman kerja sebelumnya dengan tingkat keterampilan yang lebih tinggi. Lulusan juga akan semakin mudah mendapatkan pekerjaan apabila memiliki kompetensi dan keterampilan tambahan yang sesuai dengan kebutuhan pasar kerja, misalnya kemampuan berbahasa asing, kepemimpinan, dan teknologi informasi. Selain itu, sertifikasi tambahan seperti *basic trauma life support*, perawatan luka, elektrokardiografi, kesehatan kerja (*hiperkes*), dan sejenisnya turut memberikan nilai lebih dan memperpendek masa tunggu lulusan untuk mendapatkan pekerjaan.

3.2.2.1 Dinamika tenaga perawat dalam pasar kerja dalam negeri

Secara nasional Kebijakan pendayagunaan tersebut dilakukan pada: a) Instansi pemerintah baik pusat maupun daerah termasuk Tentara Nasional Indonesia (TNI) dan Kepolisian Negara Republik Indonesia (POLRI), b) Sektor pelayanan kesehatan swasta, c) Sektor non-pelayanan kesehatan termasuk

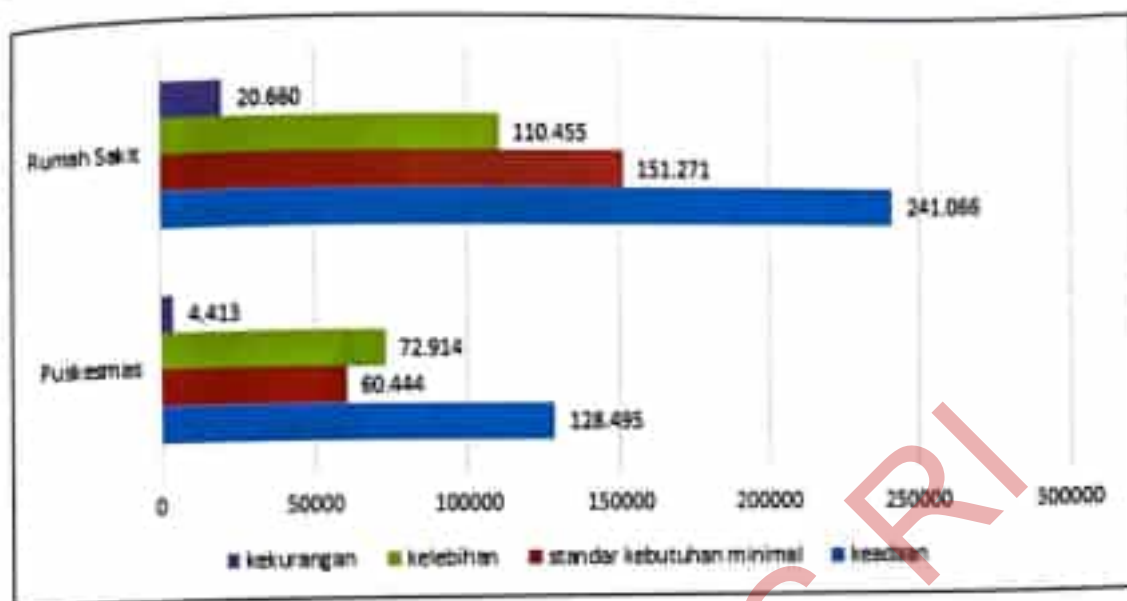
industri, pendidikan dan penelitian baik pemerintah maupun swasta, dan d) pendayagunaan ke luar negeri. Tenaga kesehatan yang didayagunakan di instansi pemerintah, utamanya di sektor kesehatan dapat diangkat melalui: 1) formasi PNS baik pusat maupun daerah, 2) Pegawai Tidak Tetap (PTT) pusat maupun daerah,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

Mayoritas lulusan institusi pendidikan keperawatan terserap di pasar kerja domestik. Data dari Direktorat Pengembangan Pasar Kerja, Ditjen Binapenta dan PKK, Kementerian Ketenagakerjaan (Kemenaker) memperkirakan bahwa sebenarnya telah terjadi surplus supply perawat di Indonesia sebanyak 219.257 orang di tahun 2019. Untuk menyerap tenaga perawat hingga mencapai rasio berdasarkan target Kementerian Kesehatan RI dan mengurangi pengangguran, maka alternatifnya adalah menempatkan perawat untuk bekerja di luar negeri.

Perencanaan kebutuhan tenaga perawat pada fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia menurut Dokumen Rencana Kebutuhan SDM Kesehatan tahun 2020 menggunakan metode standar ketenagaan minimal merujuk pada Permenkes Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas dan Permenkes Nomor 54 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan RS, yaitu membandingkan data jumlah keberadaan atau ketersediaan tenaga Kesehatan dengan standar jumlah tenaga Kesehatan yang seharusnya tersedia berdasarkan Permenkes diatas. Berikut disampaikan kebutuhan dan kesenjangan tenaga perawat di puskesmas dan RS berdasarkan standar ketenagaan minimal (Gambar 22).

Dengan mengacu pada standar ketenagaan minimal, Kemenkes memperkirakan sebagian besar puskesmas sudah mengalami kelebihan tenaga perawat sejumlah 72.914 orang, namun dilain pihak masih terdapat Puskesmas yang kekurangan staf dengan jumlah sekitar 4.413 perawat. Estimasi ini sudah memperhitungkan kebutuhan yang berbeda pada jenis puskesmas rawat inap dan non rawat inap, namun belum mempertimbangkan lokasi wilayah yaitu perkotaan, pedesaan, terpencil/sangat terpencil (Kemenkes, 2020). Hal ini menyebabkan angka kelebihan dan kekurangan kemungkinan menjadi over estimasi dan tidak menggambarkan kebutuhan sebenarnya di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan pola perhitungan yang serupa, Kemenkes memperkirakan sebagian rumah sakit di Indonesia sudah memiliki jumlah perawat diatas standar minimal, dengan estimasi kelebihan sejumlah 110.455 perawat, namun demikian untuk rumah sakit di daerah tertentu diperkirakan

masih memerlukan tambahan sekitar 20.660 perawat. Dalam Perhitungan ini belum memisahkan antara RS Pemerintah (*publik*) dan RS Non-Pemerintah (*privat*) (Kemenkes, 2020).



Sumber : Dokrenbut, 2020

Gambar 22. Keadaan, Kebutuhan, Kelebihan dan Kekurangan Perawat di Puskesmas dan Rumah Sakit tahun 2019

Berdasarkan gambar diatas, terlihat jumlah tenaga perawat yang bekerja di fasyankes (puskesmas dan rumah sakit) pada tahun 2019 apabila dibandingkan dengan standar kebutuhan minimal di fasyankes telah terpenuhi. Namun, baik rumah sakit maupun puskesmas sebagian masih membutuhkan tambahan tenaga keperawatan dengan perkiraan sebesar 25.073 perawat. Secara umum, hal ini diinterpretasikan bahwa persoalan redistribusi tenaga perawat belum mengacu pada perencanaan kebutuhan. Namun disisi lain, interpretasi ini perlu disikapi dengan lebih hati-hati, mengingat standar kebutuhan ketenagaan minimal tidak memperhitungkan jumlah penduduk yang dilayani, situasi epidemiologi setempat dan luaran fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Metode penghitungan kebutuhan tenaga perawat yang berbasis Analisis Beban Kerja (ABK) baru diaplikasikan pada sebagian fasilitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan laporan Riset Tenaga Kesehatan tahun 2017, rerata jumlah pegawai yang keluar (pensiun, keluar, tidak mampu kerja, dan meninggal dunia) adalah 1,81 orang per puskesmas sedangkan rerata rekrutmen baru adalah 3,15 orang per puskesmas. Dengan demikian, bisa diasumsikan rata-rata per tahun hanya terdapat tambahan 1 orang per puskesmas, diluar 2

orang yang direkrut sebagai pengganti. Berdasarkan formasi CPNS untuk bidang kesehatan, Kementerian PAN dan RB menyatakan bahwa tahun 2021 Pemerintah akan membuka lowongan kerja sebanyak 68.447 tenaga kesehatan termasuk perawat. Jumlah tersebut meningkat dari jumlah lowongan yang dibuka Pemerintah Indonesia melalui formasi CPNS bidang kesehatan sebanyak 31.765 pada tahun 2018. Apabila diasumsikan lowongan untuk perawat sekitar 35% dari total formasi, maka sekitar 24 ribu perawat baru akan direkrut sebagai CPNS, yang seharusnya mampu mengatasi kekurangan jumlah perawat di puskesmas dan rumah sakit sesuai dengan standar ketenagaan minimal. Hal ini menunjukkan kapasitas pasar kerja tenaga keperawatan Indonesia di sektor publik masih tetap menunjukkan pertumbuhan walaupun sangat terbatas. Demikian juga pada sektor swasta, data Profil Kesehatan tahun 2020 menunjukkan pertambahan tempat tidur (TT) rumah sakit per tahun tidak terlalu signifikan yaitu sekitar 1 TT per 100,000 penduduk. Imbasnya, potensi kenaikan lowongan kerja pada rumah sakit swasta per tahun masih terbatas. Dengan demikian, jika melihat rerata STR baru yang dikeluarkan mencapai 100 ribu perawat per tahun, kemungkinan hanya sekitar 25% dari perawat dengan STR baru yang dapat ditampung pada pasar kerja sektor kesehatan.

Khusus pada kondisi pandemi Covid-19 saat ini, kebutuhan tenaga perawat untuk pelayanan kesehatan dalam negeri otomatis mengalami peningkatan dikarenakan jumlah kasus yang terus bertambah dilain cukup banyak tenaga kesehatan yang terinfeksi dan meninggal dunia. Sampai dengan 3 Desember 2020 terdapat angka kumulatif Covid-19 sebanyak 557.877 kasus. Per hari yang sama dilaporkan PPNI sebanyak 3.377 perawat terinfeksi Covid-19 dan 135 perawat meninggal dunia. Untuk mengatasi kekurangan tenaga perawat dalam penanganan Covid-19, Kementerian Kesehatan telah menempatkan tenaga kesehatan termasuk tenaga perawat melalui mekanisme relawan dan Nusantara Sehat. Per 17 Desember 2020 Kementerian Kesehatan telah menempatkan sejumlah 3.243 orang tenaga perawat untuk penanganan Covid-19 di seluruh Indonesia. Melalui mekanisme relawan tenaga Kesehatan dan Nusantara Sehat perawat tersebut ditempatkan pada fasilitas Kesehatan seperti RS, Puskesmas, BBTCLPP, BBLK, B2P2VRP, Balai Labkes, Lab. Covid FKMK UGM, dan Litbangkes).

Jika dilihat pada pola keseimbangan antara ketersediaan perawat dan daya serap pasar kerja di dalam negeri, ketersediaan tenaga perawat Indonesia telah dapat memenuhi kebutuhan dalam negeri. Oleh karena itu pendayagunaan

tenaga perawat Indonesia ke luar negeri perlu didorong untuk mengoptimalkan pemanfaatan tenaga perawat Indonesia. Sesuai kebijakan Pemerintah Indonesia, pendayagunaan perawat ke luar negeri dapat dijadikan kebijakan alternatif dalam rangka alih ilmu pengetahuan dan teknologi, disamping untuk memberikan kesempatan bagi perawat memperoleh peluang kerja dan mengembangkan karirnya di bidang keperawatan.

3.2.2.2 Migrasi perawat Indonesia ke luar negeri

Dalam melaksanakan pendayagunaan perawat Indonesia ke luar negeri, Kemenkes mempunyai kebijakan bahwa ada 2 bentuk pendayagunaan yaitu pendayagunaan sebagai tenaga magang dalam rangka peningkatan kapasitas dan pendayagunaan sebagai pekerja migran. Dalam modul ini menjelaskan pergerakan pasar perawat ke luar negeri menurut beberapa direktorat di lingkungan BP2MI dan Asosiasi Perusahaan Penempatan Pekerja Migran Indonesia (P3MI). Selain itu, pergerakan perawat ke luar negeri dalam konteks peningkatan kapasitas (magang) akan dijelaskan berdasarkan pengalaman program yang dilakukan oleh Kemenkes.

Regulasi Mekanisme Penempatan Perawat Indonesia ke Luar Negeri

Menurut Direktorat Pelayanan Penempatan Pemerintah (Dit.P3), BP2MI kebijakan penempatan secara garis besar dapat dilihat dalam Undang-undang Nomor 18 tahun 2017 tentang Pelindungan Pekerja Migran Indonesia, yang kemudian diperinci di aturan turunannya, yakni Peraturan Pemerintah Nomor 10 tahun 2020 tentang Tata Cara Penempatan Pekerja Migran Indonesia. Dalam proses penempatan perawat Indonesia ke luar negeri dilakukan oleh BP2MI melalui beberapa mekanisme penempatan yaitu *government to government/private* (G to G/P), *private to private* (P to P), Mandiri, dan atas kepentingan perusahaan.

Direktorat Penyiapan dan Pembekalan Keberangkatan (Dit. P2P) menyebutkan beberapa peraturan terkait penempatan, antara lain: Permenaker Nomor 9 tahun 2019 tentang Tata Cara Penempatan Pekerja Migran Indonesia, Perka Nomor 1 tahun 2020 tentang Standar Perjanjian Kerja dan Verifikasi Perjanjian Kerja, Perka BP2MI Nomor 3 tahun 2020 tentang Tata Cara Penerbitan dan Pencabutan SP2MI, Perka BP2MI Nomor 9 tahun 2020 tentang Pembebasan Biaya Penempatan. Terkait mekanisme pencatatan, Kepala Pusat Penelitian, Pengembangan dan Informasi (Puslitfo), BP2MI mengungkapkan bahwa proses pendataan dilakukan melalui proses registrasi pekerja migran Indonesia

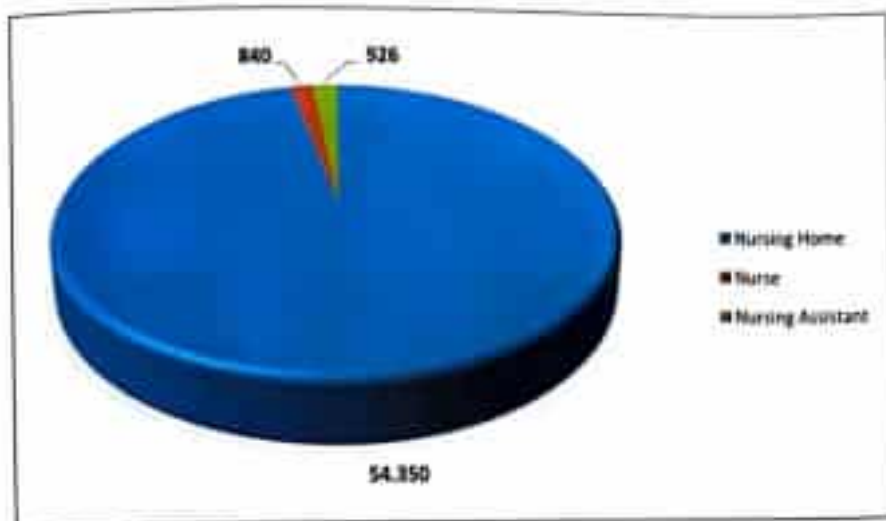
melalui Sistem Komputerisasi Tenaga Kerja Luar Negeri (SISKOTKLN). Puslitfo hanya melakukan proses pendataan sesuai *business process* yang disusun oleh direktorat penempatan lainnya. Hal ini juga ditegaskan oleh Dit. P3, BP2MI yang menyatakan bahwa mekanisme pencatatan dilakukan secara online, dan pada prinsipnya Puslitfo hanya membangun berdasarkan *business process* dari Dit. P3.

Kerangka migrasi perawat Indonesia ke luar negeri : pra, masa, pasca

Pelindungan terhadap Pekerja Migran Indonesia mengacu kepada UU Nomor 18 tahun 2017. Pada Bab III pasal 7 disebutkan bahwa perlindungan pekerja meliputi perlindungan sebelum bekerja, perlindungan selama bekerja, dan perlindungan setelah bekerja. perlindungan sebelum bekerja meliputi perlindungan administratif dan teknis. Perlindungan selama bekerja meliputi: Pendataan dan pendaftaran oleh atase ketenagakerjaan; pemantauan dan evaluasi terhadap pemberi kerja, pekerjaan dan kondisi kerja;fasilitasi pemenuhan hak PMI; fasilitasi penyelesaian kasus ketenagakerjaan; pemberian layanan jasa kekonsuleran; pendampingan, mediasi, advokasi, dan pemberian bantuan hukum berupa fasilitasi jasa advokat oleh pemerintah dan/atau perwakilan RI serta perwalian sesuai dengan hukum setempat; pembinaan terhadap PMI; dan fasilitasi repatriasi. sedangkan perlindungan setelah bekerja dilakukan oleh pemerintah pusat bersama-sama pemerintah daerah meliputi: fasilitasi kepulangan sampai asal; penyelesaian hak PMI yang belum terpenuhi; fasilitasi pengurusan PMI yang sakit dan meninggal dunia; rehabilitasi sosial dan reintegrasi sosial; pemberdayaan PMI dan keluarganya.

Pra-Migrasi

Dalam penjajakan peluang kerjasama luar negeri, BP2MI berkolaborasi dengan perwakilan RI di luar negeri dan kementerian/lembaga terkait. Menurut Direktur Kerja Sama Luar Negeri, BP2MI, *demand* di luar negeri untuk tenaga kesehatan saat ini masih banyak untuk tenaga perawat dan *careworker/caregiver* sebanyak 56,116 posisi (Gambar 23) Dit.KLN, BP2MI menambahkan beberapa komponen penting yang sering muncul saat penjajakan kerja sama, antara lain bahasa, rekognisi/pengakuan, kompetensi, dan sertifikasi. Isu lain yang muncul adalah terkait kontrak kerja yang meliputi hak dan kewajiban perlindungan terhadap pekerja migran Indonesia. Selain itu, setiap negara penempatan memiliki kualifikasi persyaratan yang berbeda-beda. Penyiapan yang dilakukan harus disesuaikan negara penempatan dan harus sudah terpenuhi sebelum pemberangkatan.



Sumber : BP2MI, 2020

Gambar 23. Demand Peluang Kerja di Luar Negeri pada Sektor Kesehatan tahun 2019

Khusus untuk jabatan perawat, BP2MI memproyeksikan peningkatan kebutuhan di pasar luar negeri dengan permintaan mencapai 16.920 tenaga perawat hingga tahun 2025. Dengan kondisi jumlah perawat yang surplus, seharusnya Indonesia tidak kesulitan untuk masuk dalam pemenuhan kebutuhan di pasar global. Permasalahan selanjutnya adalah, lulusan yang tersedia umumnya belum memiliki kompetensi yang sesuai dengan permintaan penyedia kerja di negara tujuan penempatan dan minat perawat yang kurang untuk berkarir di luar negeri.

Rendahnya kemampuan Bahasa asing dan kurangnya pengalaman internasional merupakan beberapa alasan yang berpengaruh pada rendahnya minat calon perawat Indonesia untuk bekerja di luar negeri (Efendi et.al, 2020). Disamping itu, beberapa negara tujuan penempatan mempersyaratkan pengalaman kerja minimal 2 tahun setelah lulus. Padahal dalam 2 tahun mengembangkan karir sebagai perawat di dalam negeri, rata-rata perawat baru sudah merasa nyaman dan puas dengan penghargaan yang diberikan oleh institusi pemberi kerja. Faktor keluarga juga menjadi faktor yang tak kalah penting kontribusinya dalam menurunkan minat perawat bekerja ke luar negeri (Efendi et.al, 2020).

Direktorat Pemetaan dan Harmonisasi Kualitas Tenaga Kerja Luar Negeri II (Dit. PHKTKLN II) BP2MI mengungkapkan bahwa penyiapan dan penempatan adalah dua hal yang berbeda. Penyiapan lebih kepada hal-hal yang harus disiapkan untuk mengisi peluang bekerja di luar negeri, seperti sertifikasi, kurikulum dan kesiapan calon pekerja migran Indonesia. Untuk mengidentifikasi penawaran,

diperlukan sinergi dengan P3MI serta kementerian/lembaga terkait, terutama sektor pendidikan yang menghasilkan lulusan yang dapat diterima oleh negara penempatan. Selain itu, asosiasi P3MI melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya. Selain itu, untuk mengidentifikasi permintaan dan penawaran, ada Strategi Jenjang Perintis. Strategi ini melibatkan jaringan kerja kemitraan penyiapan PMI yang terampil dan berkualitas. Tiga pilarnya adalah 1) Dunia industri dan usaha yang mempunyai demand; 2) Lembaga Pendidikan yang menghasilkan suplai; dan 3) Pemerintah sebagai katalisator yang mempertemukan demand dan supply. Lewat strategi ini, telah dilakukan kerjasama suplai dengan 78 lembaga SMK Kesehatan dan Pekerja Sosial, dan 60 lembaga pendidikan perguruan tinggi kesehatan baik D3 maupun S1. Ke depan dengan pola kawasan diharapkan lebih terstruktur efektif karena sudah dipersiapkan secara spesifik per kawasan.

Peran organisasi profesi tidak kalah penting dalam menyediakan informasi yang tepat mengenai pasar kerja di luar negeri. Akan tetapi, PPNI baru bisa memberikan data pasar kerja yang akurat apabila sudah ada perwakilan PPNI di negara tersebut. Sampai saat ini, hanya terdapat 5 negara yang telah memiliki perwakilan PPNI, yaitu Qatar, Kuwait, Uni Emirat Arab, Saudi Arabia, dan Belanda. Ke depan, perlu adanya perwakilan organisasi profesi di masing-masing negara tujuan penempatan perawat di luar negeri.

Menurut Dit. PHKTKLN II menyatakan tidak ada kebijakan BP2MI yang secara khusus membahas demand dan supply tenaga kesehatan Indonesia, namun selalu ada upaya untuk terjadinya *link and match* antara kedua hal tersebut. Oleh karena itu suplai disiapkan menyesuaikan permintaan dari luar negeri. Sebagai contoh, penempatan di Jepang awalnya hanya melalui dua skema, G to G dan magang. Saat ini Jepang mempunyai demand yang cukup besar untuk posisi *careworker* sehingga membuka visa kerja melalui program SSW (*Specified Skill Worker*) dengan skema penempatan mandiri. Secara umum persyaratannya adalah bahasa level N4 dan sertifikat lulus skill exam. Dalam program tersebut, Pemerintah Jepang menunjuk dua lembaga, yaitu *Japan Foundation* untuk menilai kompetensi bahasa dan Prometrik untuk uji ketrampilan. Hal ini berlaku untuk delapan negara yang sudah menandatangani MoC (*Memorandum of Cooperation*) SSW untuk skema mandiri.

Beberapa input yang dapat mendaftar melalui program SSW yaitu:

- *Ex-Technical Intern Training Program (TITP)* yang sudah berada di Indonesia, bila dengan skill yang berbeda harus mengikuti skill exam.

- Ex-TITP yang masih berada di Jepang, mendaftar dengan cara melapor ke perwakilan, dan selesai kontrak magang minimal dua tahun.
- Pelajar yang sedang belajar di Jepang, mendaftar dengan cara mengurus visa di perwakilan kemudian mengurus kualifikasi Bahasa dan skill exam.
- Newcomer atau pendatang baru, setelah punya dua sertifikat maka dapat mendaftar program SSW.

Dalam rangka penyiapan suplai tenaga perawat dan *careworker* ke Jepang, Dit. PHKTKLN melakukan kolaborasi dengan Ditjen Binalatas Kemnaker untuk memberikan pelatihan Bahasa bagi 317 orang kandidat IJEPa (G to G) dan 480 orang (dari berbagai latar belakang, contohnya dari latar belakang pendidikan kebidanan) untuk program SSW *careworker*. Selain itu pelatihan bahasa dan budaya serta kompetensi juga diberikan untuk 300 orang lulusan SMK Kesehatan dan pekerja sosial untuk program SSW *careworker* yang difasilitasi oleh Direktorat Vokasi SMK, Direktorat Jenderal Vokasi, Kemendikbud.

Masa Migrasi

Untuk penempatan secara G to G baru terlaksana kerjasama dengan Jepang untuk tenaga perawat dan *careworker* melalui kerangka Kerjasama Indonesia Japan Economic Partnership Agreement (IJEPa). Mekanisme kerja sama dengan Jepang ini sudah ada sejak tahun 2008. Sementara proses bisnis (*business process*) penempatan G to G dengan negara lain sedang dalam proses penyusunan. Dalam penempatan P to P dilakukan oleh P3MI. P3MI mencari *job order* di luar negeri untuk kemudian diverifikasi oleh perwakilan RI di luar negeri. Kemudian P3MI mengajukan permohonan SIP2MI ke BP3MI.

Secara ringkas alurnya dari pendaftaran sampai pemberangkatan ada beberapa tahap, yakni: pendaftaran, seleksi, pemenuhan dokumen, orientasi, dan pemberangkatan. Surat Izin Perusahaan Penempatan Pekerja Migran Indonesia (SIP3MI) adalah izin tertulis yang diberikan oleh Menteri ketenagakerjaan kepada badan usaha berbadan hukum yang akan menjadi P3MI. Tata cara pemberian izin perusahaan untuk P3MI diatur dalam Permenaker Nomor 10 tahun 2019. selain mengeluarkan SIP3MI, Kemenaker juga melakukan perlindungan untuk pekerja migran dari pelanggaran oleh P3MI juga sudah diatur dalam Peraturan Menteri Ketenagakerjaan RI Nomor 7 Tahun 2020 Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Dalam Pelaksanaan Penempatan Dan Perlindungan Pekerja Migran Indonesia.

Meskipun telah ada peraturan dan alur penempatan PMI di luar negeri, Asosiasi Perusahaan Penempatan Pekerja Migran Indonesia (ASPATAKI)

menyoroti kalau yang tertulis di peraturan seringkali tidak berjalan di lapangan. Contohnya penempatan di Jepang, praktiknya tidak sama di setiap prefektur. Hal ini menyebabkan P3MI mengalami kesulitan dalam pemenuhan latar belakang pendidikan. Terlebih keperawatan memiliki latar belakang pendidikan yang beragam.

Dalam proses penempatan tenaga Kesehatan Indonesia ke luar negeri, Kemenkes berperan sebagai penyedia supply dari tenaga Kesehatan Indonesia yang akan ditempatkan di luar negeri. Pendayagunaan tenaga perawat Indonesia ke luar negeri disesuaikan dengan persyaratan kualifikasi dan kompetensi dari masing-masing negara penempatan. Fasilitasi yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan c.q Badan PPSDM Kesehatan antara lain selama proses penyetaraan kualifikasi dan kompetensi tenaga perawat Indonesia dengan pihak negara penempatan dan penerbitan *certificate of goodstanding*. Sejak tahun 2019 Badan PPSDM Kesehatan telah melakukan fasilitasi uji sertifikasi internasional bagi tenaga perawat Indonesia yang ingin bekerja ke luar negeri. Fasilitasi uji sertifikasi yang dilakukan adalah sertifikasi Prometrik dan sertifikasi CGFNS. Selain itu, juga telah dilakukan fasilitasi penempatan tenaga perawat Indonesia melalui skema mandiri dengan mempertemukan tenaga perawat yang telah lulus uji sertifikasi Prometrik dengan Youffy-Qatar.

Dalam meningkatkan pendayagunaan tenaga perawat Indonesia ke luar negeri, BPPSDM Kesehatan mengembangkan kerjasama dengan pihak lain melalui program pengembangan kapasitas perawat Indonesia. Program ini menggunakan payung kerjasama bilateral bidang kesehatan antara Kementerian kesehatan Indonesia dengan negara lain termasuk Jepang, Belanda, Qatar dan Saudi Arabia.

1. Jepang: Re-challenge Returnee EPA Program

Kerjasama dilakukan dengan pihak wasta yaitu *Fukuoka Prefecture Medical Association (FPMA)* Jepang melalui MoU *Re-Challenge Returnee EPA Program* pada tanggal 18 Februari 2019. Kegiatan pokok dalam Kerjasama ini adalah fasilitasi untuk perawat program IJEPA yang sudah kembali ke Indonesia atau disebut *returnee* namun ingin migrasi dan bekerja lagi di Jepang. Kegiatan mencakup pelatihan pemantapan Bahasa Jepang di Indonesia dan ujian di Jepang meliputi ujian nasional *Kangoshi* dan ujian lokal perawat khusus Prefektur Fukuoka Jepang.

2. Belanda: Pendidikan dan magang

Kerjasama ini dilakukan dengan pihak swasta yaitu Yomema BV pada 21 Juni tahun 2019 dengan tujuan meningkatkan kapasitas tenaga Kesehatan profesional Indonesia. Melalui program ini Yomema BV Bersama BPPSDMK merekrut perawat D4/S1 yang sudah lulus uji kompetensi atau mempunyai STR untuk mengikuti pelatihan Bahasa dan Budaya Belanda di Indonesia selama 6 bulan. Selanjutnya peserta akan menjalani program internship, bekerja sambil belajar selama 4 tahun di fasyankes di Belanda. Program ini membuka peluang kepada perawat Indonesia untuk berkarir di fasilitas pelayanan kesehatan berstandar internasional baik di Indonesia maupun di Belanda dan negara Eropa lainnya. Saat ini 150 orang perawat tengah mengikuti program pelatihan bahasa dan budaya belanda di Indonesia. Keberangkatan ke Belanda masih terkendala teknis visa dan pandemic Covid-19.

3. Qatar dan Saudi Arabia

Telah dilakukan penandatanganan MoU Kerjasama Bidang Kesehatan antara RI dengan negara Qatar dan Saudi Arabia, salah satu area kerjasamanya terkait peningkatan peluang penempatan tenaga perawat Indonesia ke Qatar dan Saudi Arabia. Kemenkes telah memfasilitasi penempatan mandiri 18 perawat Indonesia. Saat ini BP2MI sedang memproses pembahasan draft pengaturan teknis Penempatan Tenaga Kesehatan Indonesia ke Qatar dan Saudi Arabia.

Selama kurun waktu 5 tahun terakhir, BP2MI mencatat sekitar 6.393 perawat yang ditempatkan diluar negeri baik menduduki jabatan sebagai perawat maupun sebagai tenaga asisten perawat atau *careworker* di institusi perawatan lansia (Tabel 8). Mekanisme penempatan didominasi oleh pihak swasta atau P3MI (84,3%), sedangkan penempatan oleh pemerintah dan mandiri masing-masing sebesar 4,9% dan 10,8%. Negara Taiwan menduduki peringkat pertama sebagai negara tujuan migrasi perawat. Hal ini perlu mendapat perhatian, mengingat Taiwan belum membuka jabatan perawat untuk warga negara asing, sehingga kemungkinan perawat Indonesia di Taiwan bekerja dengan jabatan *careworker* di institusi perawatan lansia.

Tabel 8. Data Penempatan Perawat sebagai PMI berdasarkan negara tahun 2015-2020

No	Negara	2015	2016	2017	2018	2019	2020	total
1	Taiwan	489	834	776	883	6	0	2.988
2	Jepang	279	279	326	329	338	307	1.858
3	Saudi Arabia	83	65	156	204	279	87	874
4	Singapura	26	37	88	178	153	52	534
5	Kuwait	3	10	3	26	7	1	50
6	Uni Emirat Arab	34	7	1	0	1	0	43
7	Malaysia	13	7	2	0	0	0	22
8	Negara Lainnya	19	1	1	1	1	1	24
	Jumlah	946	1.240	1.353	1.621	785	448	6.393

Sumber : BP2MI, 2020

Proses penempatan tenaga perawat di luar negeri perlu dilakukan pengawasan untuk menjamin perlindungan bagi tenaga perawat di luar negeri. Mengenai kebijakan terkait pembinaan dan pengawasan terhadap tenaga kesehatan Indonesia di luar negeri, Direktorat Penyiapan dan Pembekalan Pemberangkatan BP2MI mengungkapkan belum ada kebijakan tertulisnya, tapi hal itu sudah menjadi tugas dari perwakilan RI di luar negeri. Terkait pengawasan dari pihak perusahaan, ASPATAKI saat ini memiliki 117 anggota dengan dewan pengawas kode etik yang bertugas untuk menjaga kode etik dengan melakukan pengawasan terhadap program yang dijalankan, serta melakukan sosialisasi peraturan baru yang dikeluarkan oleh pemerintah. Sementara itu, Asosiasi Perusahaan Jasa Tenaga Kerja Indonesia (APJATI) pernah melakukan pembinaan dan pengawasan di daerah penempatan. APJATI sendiri memiliki 190 anggota. Program saat ini yang dijalankan terutama fasilitasi pelaksanaan penempatan berkaitan dengan peraturan keimigrasian dan ketenagakerjaan di era new normal, dan mencari pasar pada negara-negara yang memperbolehkan proses penempatan tenaga kerja luar negeri.

3.2.2.3 Migrasi Balik: Pendayagunaan perawat pasca migrasi

Selain perluasan peluang kerja, Kemenkes mendorong pendayagunaan perawat keluar negeri untuk alih ilmu pengetahuan dan teknologi melalui optimalisasi strategi *brain circulation*. Hal ini ditempuh dengan mengupayakan pendayagunaan kembali para tenaga Kesehatan yang telah selesai bekerja di luar negeri atau dikenal dengan istilah *returnee*. Isu yang mengemuka saat ini adalah banyaknya

perawat yang bermigrasi ke luar negeri untuk bekerja sebagai *careworker*, terutama di Taiwan dan Jepang. Selain persoalan *deskilling* karena jenis jabatan yang berbeda dan level pekerjaan keperawatan yang lebih rendah, *returnee* juga kesulitan untuk kembali praktik keperawatan. Kontrak kerja sebagai *careworker* belum memungkinkan bagi perawat *returnee* untuk memenuhi ketentuan satuan kredit yang dibutuhkan sehingga kesulitan memperpanjang STR. Jumlah perawat Indonesia yang tercatat melakukan migrasi balik (*return migration*) sebanyak 434 orang berdasarkan laporan yang bersangkutan ke BP2MI sepanjang tahun 2017 sampai dengan 2020 (tabel 9).

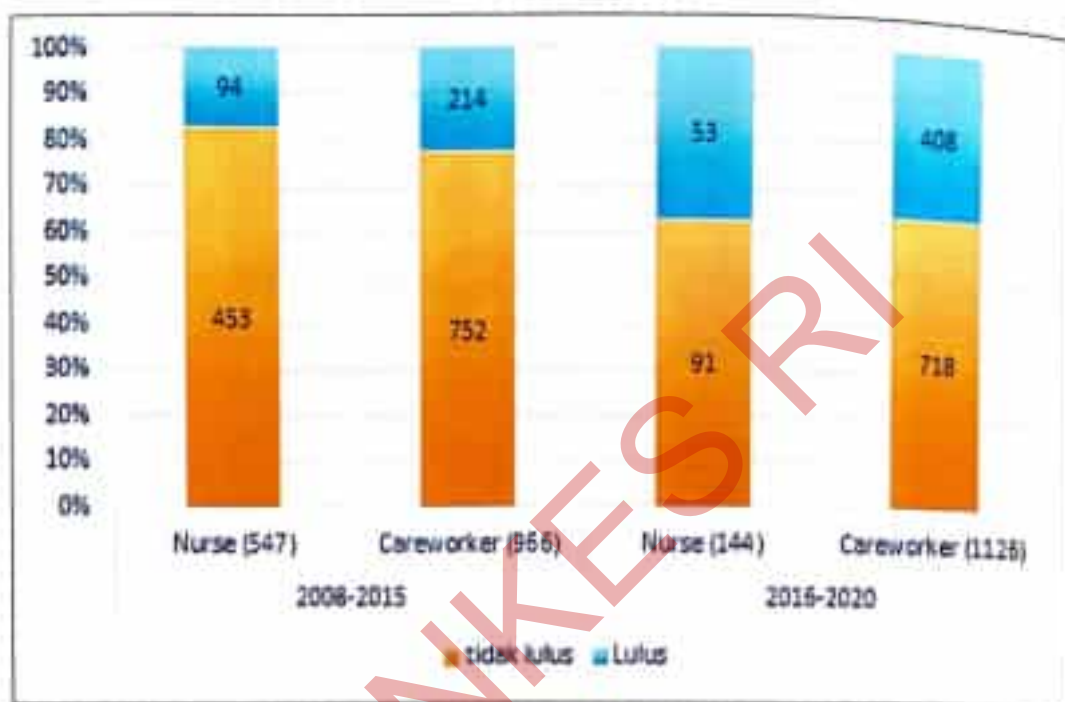
Tabel 9. Migrasi Balik Perawat Indonesia tahun 2017-2020

ASAL NEGARA	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Hongkong	2	1	0	0	3
Jepang	0	1	0	0	1
Kuwait	7	9	4	2	22
Oman	1	0	0	0	1
Qatar	5	5	1	0	11
Saudi Arabia	24	14	4	1	43
Singapura	13	25	10	6	54
Taiwan	173	110	11	0	294
Uni Emirate Arab (UEA)	4	0	0	1	5
TOTAL	229	165	30	10	434

Sumber : BP2MI, 2020

Khusus penempatan perawat di Jepang melalui Kerjasama IJEPa, perawat harus kembali ke tanah air saat berakhirnya kontrak kerja sebagai perawat atau *careworker* setelah masa kerja 3-4 tahun dan yang bersangkutan tidak lulus ujian nasional. Sejak tahun 2008 hingga 2019, Indonesia telah mengirimkan 2.793 perawat dengan posisi sebagai perawat sebanyak 691 orang dan sebagai *caregiver/careworker* 2.092 orang. Pada Desember 2020, sebanyak 306 perawat ditempatkan di Jepang sebagai kandidat perawat (23 orang) dan kandidat *careworker* (283 orang). Secara keseluruhan, hingga awal tahun 2020, persentase kelulusan ujian nasional Jepang program IJEPa sebesar 38.2%. Penempatan dalam periode 5 tahun terakhir menunjukkan persentase kelulusan lebih besar dibandingkan periode sebelumnya. Gambar 24 menunjukkan persentase kelulusan perawat Indonesia baik untuk kelompok perawat dan kelompok *careworker* yang ditempatkan sejak tahun 2008. Sebanyak 1.475 perawat diperkirakan telah kembali ke Indonesia, khususnya yang berasal dari periode

penempatan tahun 2008-2017. Alasan kembali para *returnee* tidak selalu karena terminasi kontrak akibat tidak lulus ujian nasional namun juga karena alasan keluarga, kesehatan dan alasan pribadi lainnya (Kurniati et. al, 2017). Untuk mengoptimalkan terjadinya *brain circulation* Kemenkes sedang mengupayakan solusi untuk mengatasi *deskilling* serta menyusun kebijakan reintegrasi untuk mendorong pendayagunaan kembali untuk penguatan pelayanan kesehatan.



Sumber : BP2MI

Gambar 24 Persentase Kelulusan Perawat Indonesia dalam Ujian Nasional Perawat dan Careworker di Jepang tahun 2008-2020

Reintegrasi *returnee* merupakan proses masuknya kembali migran ke dalam masyarakat di negara asal atau tempat tinggal kebiasaannya, merupakan proses multidimensi yang membutuhkan ikatan ekonomi dan psikososial (IOM). Hal tersebut dilakukan untuk meminimalkan dampak negatif migrasi yaitu *brain drain*, hilangnya skill professional secara massif dari negara asal, dan *brain waste*, tidak didayagunakannya kompetensi yang didapat oleh *returnee* dari pengalamannya bekerja diluar negeri. Kebijakan teknis yang mencakup kerangka kerja reintegrasi dan pengembangan update skill bagi para *returnee*, perlu bekerja sama dengan sektor swasta, organisasi profesi, asosiasi profesional. Upaya kebijakan dapat dilakukan dalam mendayagunakan tenaga *returnee* perawat diantaranya adalah :

1. Memadukan kebijakan migrasi untuk SDM Kesehatan Indonesia, tidak hanya menekankan pada periode sebelum keberangkatan dan proses penempatan, tetapi juga pada tahap pasca-migrasi.
2. Mengerahkan dukungan dari stakeholder lokal dan internasional untuk membantu tenaga perawat yang kembali memasuki pasar kerja dan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan mereka, dengan mengadopsi strategi *brain gain*.
3. Mendorong organisasi profesi perawat untuk pembentukan wadah atau jejaring pasca penempatan luar negeri serta memfasilitasi returnee untuk proses pemenuhan SKP dan memberikan rekomendasi dalam proses perpanjangan dan pembuatan STR. Organisasi profesi juga dapat mendorong KTKI mempertimbangkan pelaksanaan uji kompetensi ulang bagi returnee perawat sehingga ada kesempatan bagi yang berminat melanjutkan kembali karirnya sebagai perawat.
4. Mendorong kerjasama dengan PERSI, ARSADA, dan RS Internasional untuk mengadakan *job fair* rutin agar para returnee perawat dapat mengisi peluang pasar kerja di RS terakreditasi internasional sesuai kebutuhan masing-masing.

Disamping itu, terdapat beberapa peluang yang secara konkret dapat digunakan sebagai mekanisme untuk pendayagunaan kembali para returnee perawat. Pertama, Indonesia saat ini sedang mengembangkan wisata kesehatan yang terbuka bagi investasi asing untuk mendirikan rumah sakit bertaraf internasional yang terbuka dengan investasi asing untuk menahan laju devisa keluar akibat masyarakat Indonesia yang berobat keluar negeri. Kedua, peningkatan kapasitas pada fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta dalam rangka mencapai tujuan cakupan kesehatan semesta membutuhkan dukungan tenaga kesehatan yang kompeten dan berpengalaman sejalan dengan perubahan demografi, epidemiologi dan perkembangan teknologi medis dan kesehatan. Ketiga, pemerintah juga perlu memfasilitasi returnee untuk dapat kembali bekerja sesuai dengan kualifikasinya khususnya dalam mengembangkan pelayanan kesehatan bagi penduduk lansia yang semakin meningkat jumlahnya sehingga ada kontribusi dan peran aktif dalam suplai tenaga Kesehatan nasional. Keempat, saat ini banyak institusi Pendidikan dan pelatihan keperawatan/kesehatan yang bersaing untuk mendapatkan reputasi internasional sehingga membutuhkan perawat dengan kualifikasi internasional sebagai dosen, pelatih atau fasilitator.

3.2.2.4 Karakteristik dan Kondisi Kerja

Direktorat Penempatan Tenaga Kerja Dalam Negeri mengungkapkan bahwa terdapat 2 regulasi yang juga berperan dalam pengaturan sistem ketenagakerjaan di Indonesia yaitu Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan dan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2013 tentang Perluasan Kesempatan Kerja. Perluasan kesempatan kerja adalah upaya yang dilakukan untuk menciptakan lapangan pekerjaan baru dan mengembangkan lapangan yang tersedia. Dalam regulasi perluasan kesempatan kerja dibagi menjadi dua kategori yaitu kebijakan perluasan kesempatan kerja di dalam hubungan kerja dan di luar hubungan kerja. Perluasan kesempatan kerja di dalam hubungan kerja adalah upaya yang dilakukan berdasarkan perjanjian kerja, yang mempunyai unsur perintah, pekerjaan, dan upah. Sedangkan perluasan kesempatan kerja di luar hubungan kerja adalah upaya menciptakan lapangan kerja tidak berdasarkan perjanjian kerja. Kemnaker melalui Direktorat Jenderal pengawasan norma ketenagakerjaan bertugas mengawasi norma-norma ketenagakerjaan sesuai dengan Permenkes yang telah ditetapkan. Kondisi lingkungan kerja menjadi salah satu aspek yang diperhatikan dalam regulasi ketenagakerjaan di Indonesia. Perusahaan dapat berupa rumah sakit yang mempekerjakan tenaga kesehatan wajib memenuhi syarat menciptakan kondisi dan lingkungan kerja tidak mengganggu perkembangan fisik, mental, sosial dan waktu. Sehingga diharapkan dapat tercipta pekerja yang dapat mengembangkan bakat dan potensinya di lingkungan kerja.

Karakteristik dan kondisi kerja perawat dapat dilihat dari beberapa data penunjang yang meliputi jam kerja, regulasi kondisi kerja, upah minimum, perlindungan sosial, status perawat dalam bekerja, regulasi praktik ganda, pelayanan wajib, dan perlindungan yang diberikan kepada perawat. Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI) menyatakan bahwa apresiasi yang diberikan kepada perawat belum merata dan rendah. Apresiasi yang layak bagi perawat saat ini hanya dapat diberikan oleh rumah sakit besar, sedangkan rumah sakit kecil masih kesulitan memberikan apresiasi sesuai dengan harapan tenaga kesehatan khususnya perawat. Bahkan rumah sakit swasta kecil dapat dikatakan belum mampu memberikan apresiasi gaji yang layak kepada perawat. Sebagian besar rumah sakit dapat memfasilitasi kepesertaan tenaga perawat dalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Ketenagakerjaan walaupun menurut Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) hal ini tidak berlaku pada tenaga perawat paruh waktu.

Hal ini menunjukkan perlu adanya penegakan hukum dan kerjasama asosiasi dengan BPJS ketenagakerjaan untuk mempercepat perlindungan tenaga kesehatan di Indonesia. Pengawasan kerja perawat selama ini dilakukan melalui komite keperawatan, namun jenjang karir perawat yang bekerja di rumah sakit swasta belum dapat secara maksimal diperhatikan. Lingkungan kerja tergantung pada lokasi dimana perawat bekerja, kebutuhan perawat juga terkait dengan pelayanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit tersebut.

Tenaga kerja telah mengatur terkait dengan pengaturan kondisi kerja, namun terkadang perawat tidak menerapkannya dengan berbagai alasan. Sebagai contoh kebijakan khusus yang telah diatur untuk wanita hamil yang dilarang bekerja antara pukul 23.00-07.00 karena dipandang membahayakan kesehatan dan keselamatan kehamilannya. Berdasarkan hasil kajian dari Kementerian Ketenagakerjaan tahun 2019, terdapat kenaikan jumlah perawat yang harus bekerja lebih dari 40 jam per minggu. Perlu penguatan regulasi agar perawat tersebut mendapat hak sesuai dengan ketentuan perundangan. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Pelayanan Kesehatan Rujukan (Dit. PKR) menjelaskan bahwa regulasi terkait jam kerja telah diatur dalam UU Nomor 13 tahun 2013. Rata-rata jam kerja yang telah diterapkan oleh rumah sakit yaitu 40 jam dalam 1 minggu. Jika melebihi waktu yang ditetapkan maka akan dihitung sebagai jam kerja lembur dan rumah sakit wajib membayar upah kerja lembur sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Selain UU Ketenagakerjaan, regulasi praktik perawat juga diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan UU Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Sesuai dengan peraturan tersebut, maka perawat dapat melakukan praktik ganda atau boleh praktik di dua tempat yang ditunjukkan dengan kepemilikan dua Surat Izin Praktik Perawat (SIPP). SIPP merupakan syarat wajib bagi perawat yang ingin melakukan praktik keperawatan dan berlaku untuk satu fasilitas pelayanan kesehatan. Pengajuan permohonan SIPP kedua dapat dilakukan oleh perawat dengan menunjukkan SIPP pertama yang masih berlaku. Dalam ruang lingkup rumah sakit, terdapat badan pengawas rumah sakit yang bertugas menjaga dan mengawasi hak dan kewajiban tenaga kesehatan dan rumah sakit.

3.2.2.5 Penghasilan dan Remunerasi

Menurut Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, Kemenkes, penentuan besaran gaji perawat dibedakan berdasarkan pendidikan dan masa kerja. Sesuai dengan Permenaker Nomor 15 tahun 2018 tentang Upah Minimum, Upah Minimum adalah upah bulanan terendah berupa upah tanpa tunjangan atau upah pokok termasuk tunjangan tetap yang ditetapkan oleh gubernur sebagai jarring pengaman. Upah Minimum ditetapkan tiap tahun berdasarkan Kehidupan Hidup Layak (KHL) dan dengan memperhatikan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi. Upah Minimum Propinsi (UMP) rata-rata nasional Indonesia tahun 2018 sebesar Rp 2,264,676. Berdasarkan survei yang dilakukan PPNI, gaji pertama perawat sebagian besar (73.35%) berada dibawah rata-rata UMP Nasional, sedangkan gaji perawat yang menjadi responden studi, sebesar 73.49% berada diatas rata-rata UMP Nasional. Responden adalah anggota dan pengurus PPNI pada berbagai tingkatan. Data dikumpulkan secara online dan pada saat dilaksanakannya *Training of Trainer (ToT)* oleh DPP PPNI di 21 propinsi.

Berdasarkan Laporan Risnakes Puskesmas tahun 2017, secara nasional terdapat 34.5% pegawai puskesmas di Indonesia yang mendapat penghasilan dibawah Upah Minimum Kabupaten/Kota. Propinsi Sulawesi Barat merupakan provinsi dengan proporsi terbesar pegawai puskesmas yang memiliki penghasilan di bawah UMK (61,2%). Sebaliknya, Propinsi DKI Jakarta merupakan propinsi dengan proporsi pegawai puskesmas terkecil yang memiliki penghasilan di bawah UMK. Penghasilan tenaga perawat secara nasional rata-rata median sebesar Rp 4.185.000 dan minimum Rp.50.000. Propinsi DKI Jakarta memiliki median tertinggi sebesar Rp.8.125.000 dan minimum sebesar Rp 2,560,000, sedangkan propinsi Sulawesi Tenggara memiliki median terendah yaitu Rp 3,085,850 dan minimum sebesar Rp 50,000,-.

Pada tahun 2019, Kementerian Ketenagakerjaan mengadakan Kajian Analisis Pasar Kerja untuk memperoleh data dan informasi tentang kebutuhan dan ketersediaan tenaga kerja perawat sekaligus memberikan rekomendasi kebijakan pasar kerja tenaga perawat kesehatan. Dari hasil kajian tersebut, diperoleh informasi bahwa gaji rata-rata untuk tenaga keperawatan tahun 2018 sebesar Rp 3.085.269/bulan. Sedangkan jika berdasarkan jabatan, pada tahun 2018, perawat memperoleh gaji Rp 3.440.130/bulan dan untuk asisten perawat Rp 2.559.558/bulan. Bila dilihat dari peningkatan gaji per tahun, Rata-rata peningkat upah/gaji untuk jabatan perawat lebih tinggi dibandingkan

dengan jabatan asisten perawat. Jika disandingkan dengan Upah Minimum di Indonesia, rata-rata gaji tenaga keperawatan lebih tinggi.

Berdasarkan Keadaan Angkatan Kerja di Indonesia Agustus 2020 yang diterbitkan oleh BPS, diperoleh informasi bahwa rata-rata gaji bersih selama sebulan buruh/karyawan di Indonesia di bulan Agustus 2018 sebesar Rp 2.819.952, gaji perawat masih lebih besar dibandingkan dengan rata-rata gaji karyawan di Indonesia di tahun yang sama. Meskipun menurut data pada tahun 2020 terdapat penurunan rata-rata gaji bersih menjadi Rp 2.756.345/bulan.

Menurut PERSI dalam menetapkan remunerasi perawat terdapat rumus yang telah ditetapkan, yang sampelnya diambil dari beberapa RS. Sedangkan Dit. PKR mengungkapkan bahwa remunerasi ditetapkan dengan melihat jenjang karier atau level perawat klinik dan area pelayanan keperawatan. Di samping upah dan remunerasi, perawat juga berhak atas uang makan. Hal lain yang menjadi perhatian adalah jaminan santunan kematian dan lainnya bagi para perawat, dimana belum banyak perawat mendaftarkan diri dalam kepesertaan ini. Advokasi kepada pimpinan RS juga belum maksimal terkait BPJS ketenagakerjaan, sehingga diperlukan payung hukum terkait hal ini.

3.2.2.6 Pengembangan Karier Perawat

Pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan mempunyai daya ungkit yang besar dalam mencapai tujuan pembangunan bidang kesehatan. Keperawatan sebagai profesi dan perawat sebagai tenaga profesional bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangan yang dimiliki secara mandiri maupun bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lain. Pengembangan karier perawat merupakan suatu perencanaan dan penerapan rencana karier yang dapat digunakan untuk penempatan perawat pada jenjang yang sesuai dengan keahliannya, serta menyediakan kesempatan yang lebih baik sesuai dengan kemampuan dan potensi perawat.

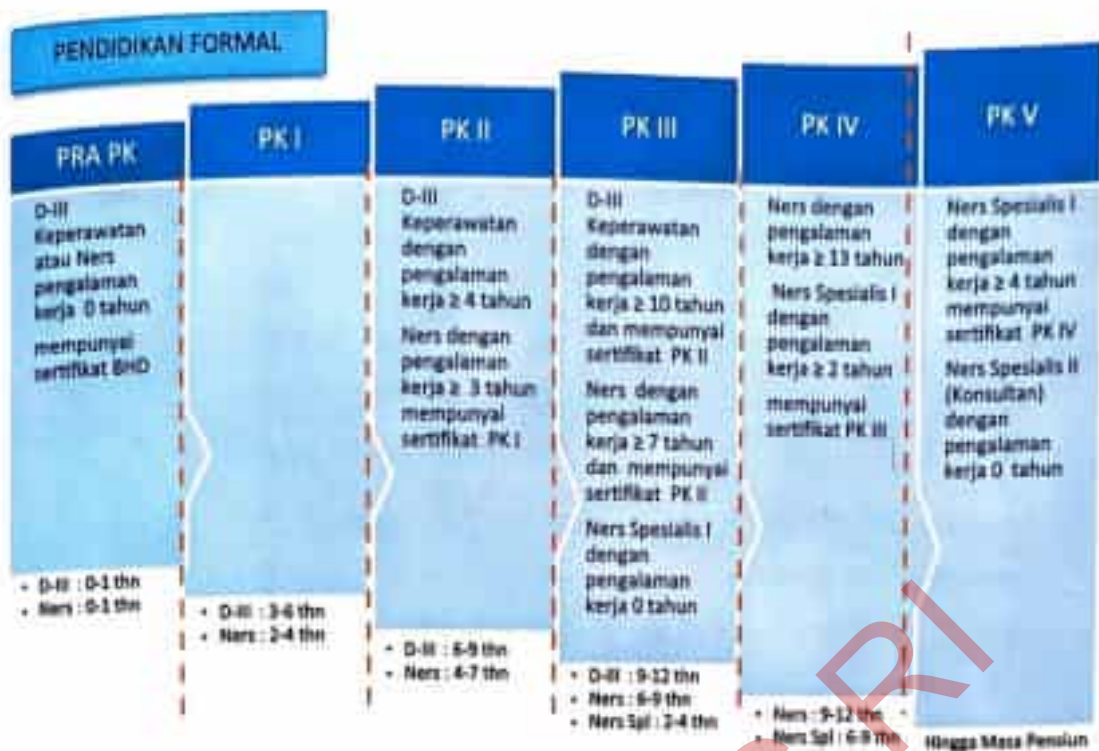
Selain gaji dan remunerasi, rumah sakit juga mengeluarkan pembiayaan pengembangan untuk meningkatkan kompetensi perawat. ARSSI mengatakan bahwa biaya pengembangan kompetensi di RS swasta bervariasi bergantung dari lokasi RS, tipe RS, kebutuhan RS serta pendapatan RS dengan kisaran antara 50-100 jt. Hanya RS besar yang dapat memberikan apresiasi kepada perawat, sedangkan untuk RS kecil kesulitan untuk memberikan apresiasi sesuai harapan perawat.

Setiap tenaga perawat berhak untuk memperoleh pengembangan karir yang jelas. Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Permenkes Nomor 40 tahun 2017 tentang jenjang karir perawat, dan bagi tenaga perawat dengan status ASN telah terbit pula Permenpan RB Nomor 35 tahun 2019 tentang Jabatan Fungsional Perawat. Namun dalam pelaksanaannya belum optimal. Tidak ada kewajiban dari RS untuk menerapkan PMK 40/2017 karena ada perbedaan persyaratan tiap tipe RS. Berdasarkan Permenkes Nomor 40 / 2017, pengembangan karir profesional perawat adalah perawat klinis, perawat manajer, perawat pendidik dan perawat peneliti.

Pengembangan jenjang karir untuk perawat klinis dilakukan melalui :

1. Pengembangan profesional berkelanjutan yaitu dengan mengikuti pendidikan formal, pelatihan, penelitian dan pengabdian masyarakat, workshop, atau seminar;
2. Pengakuan terhadap kemampuan yang didasarkan kepada pengalaman kerja dan kinerja praktik keperawatan

Menurut Permenkes 40 tahun 2017 penjenjangan karir professional perawat meliputi perawat klinik (PK), Perawat Manajer (PM), Perawat Pendidik (PP), dan Perawat Peneliti/Riset (PR). Penjenjangan perawat klinik melalui Pendidikan formal dan Pendidikan berkelanjutan (sertifikasi).



Sumber : Permenkes 40/2017

Gambar 25. Penjenjangan Perawat Klinik melalui Pendidikan Formal



Sumber : Permenkes 40/2017

Gambar 26. Penjenjangan Perawat Klinik melalui Pendidikan Berkelanjutan

PERSI menyampaikan bahwa kenaikan kompetensi RS tidak hanya dapat dipotret dari sisi keperawatan saja, tapi dari sisi keseluruhan RS. Sementara itu, jam kerja perawat sudah sesuai dengan standar nasional, yakni delapan jam per-shift, kecuali dalam pekerjaan tertentu untuk lembur. Terkait jumlah perawat paruh waktu (*part-time*), PERSI menyatakan belum banyak, tapi jumlah persisnya belum diketahui. ARSSI menyatakan biaya pengembangan kompetensi di rumah sakit swasta bervariasi tergantung dari lokasi rumah sakit, tipe rumah sakit, dan kebutuhan rumah sakit serta income yang dimiliki. Dalam hal ini memiliki kisaran 50 hingga 100 juta rupiah.

Menurut Hariyati (2014) pengembangan jenjang karir perawat bertujuan untuk; 1) mengembangkan kompetensi prestasi perawat; 2) meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan; 3) meningkatkan keselamatan pasien; 4) mencegah burn out dan turn out; 5) mengurangi subjektivitas dalam promosi berdasarkan persyaratan dan kriteria yang telah ditetapkan; 6) memberikan kepastian hari depan dan 7) meningkatkan kepuasan perawat.

Implikasi jangka panjang dalam pengembangan jenjang karir memberikan dampak positif yaitu; (1) Menurunkan angka turnover perawat serta kesempatan pengembangan diri secara profesional; (2) Meningkatnya kualitas dan produktivitas serta kinerja perawat dalam melaksanakan tugas. Penelitian yang dilakukan oleh (Reza, 2015) di suatu RS menunjukkan ada hubungan antara persepsi perawat yang baik tentang jenjang karir (58,8%) dengan tingkat motivasi kerja (63,2%) dan kepuasan kerja perawat (51,5%).

3.3 Pelayanan kesehatan kepada masyarakat

Dimensi ini mencakup pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dibahas dalam beberapa aspek yaitu komposisi tenaga keperawatan di rumah sakit, tata Kelola dan kebijakan praktik perawat, dan sistem informasi tenaga kesehatan.

3.3.1 Komposisi Tenaga Perawat di Rumah Sakit

Perhitungan kebutuhan tenaga Kesehatan di RS selama ini dihitung berdasarkan pola minimal seperti yang tertuang dalam Permenkes No.3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit. Berdasarkan Permenkes tersebut, jenis pelayanan rumah sakit dibedakan menjadi Rumah Sakit Umum yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit serta Rumah Sakit Khusus yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau

satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Salah satu pelayanan wajib yang harus ada dalam setiap tipe dan jenis rumah sakit apapun adalah pelayanan keperawatan. Rasio perawat dibanding tempat tidur (TT) adalah 1 : 1, dimana 1 TT berbanding dengan 1 perawat. Jumlah tempat tidur yang dimaksud adalah jumlah total tempat tidur di ruang rawat inap, selain tempat tidur di ruang bedah, IGD dan instalasi rawat jalan. Secara umum kebutuhan perawat di rumah sakit tergambar di Tabel 10 yaitu :

Tabel 10. Komposisi Jenis Perawat berdasarkan Tipe Rumah Sakit dan Jumlah Tempat Tidur

No.	Kelas Rumah Sakit	Kebutuhan Perawat	Komposisi/ Proporsi
1.	RS Kelas A dan B	1 tempat tidur : 1 perawat	20% perawat vokasi 60% perawat Ners 20% perawat Ners Spesialis
2.	RS Kelas C dan D	3 tempat tidur : 2 perawat	20% perawat vokasi 70% perawat Ners 10% perawat Ners Spesialis

Sumber : Permenkes No. 56 tahun 2014

Rasio kecukupan dan komposisi perawat untuk meningkatkan luaran positif pada pasien sangat erat kaitannya. Studi pada rumah sakit di 9 negara Eropa yang dilaporkan oleh Aiken *et al* (2014) menyatakan bahwa resiko pasien meninggal turun sekitar 30% apabila dirawat di rumah sakit yang memiliki setidaknya 60% perawat dengan kualifikasi setara SI/Ners. Angka kematian pasien juga berpotensi turun sekitar 30% jika rumah sakit menugaskan 1 perawat untuk merawat rata-rata 6 pasien dalam satu shift.

3.3.2 Kebijakan Terkait Praktik Keperawatan

Kebijakan pemerintah terkait perawat telah diatur dalam UU Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan. Pasal 4 ayat (3), Pasal 23, Pasal 28 ayat (5), Pasal 34, Pasal 35 ayat (5), dan Pasal 57 memerlukan aturan pelaksanaan. Aturan Pelaksanaan UU Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan UU 38 tahun 2018 tentang Keperawatan. Peraturan Menteri ini mengatur mengenai: (a). jenis Perawat; (b). perizinan;

(c). penyelenggaraan Praktik Keperawatan; (d). praktik mandiri Perawat; (e). kebutuhan pelayanan kesehatan/Keperawatan dalam suatu wilayah; dan (f). pembinaan dan pengawasan.

Terkait dengan perizinan, setiap perawat wajib memiliki STR perawat (STRP) untuk melakukan praktik keperawatan. Untuk memperoleh STRP memerlukan sertifikat kompetensi atau sertifikasi profesi dan persyaratan lain sesuai dengan perundang-undangan. Masa berlaku STRP selama 5 tahun dan STRP yang telah habis masa berlakunya dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Registrasi tenaga kesehatan saat ini dilakukan secara daring/online untuk efektifitas dan efisiensi yang diatur dalam Permenkes Nomor 83 tahun 2019 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan. Surat Izin Praktek Perawat (SIPP) wajib dimiliki oleh perawat untuk melakukan praktik keperawatan, dan SIPP dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota kepada perawat yang telah memiliki STRP. SIPP berlaku untuk 1 fasilitas pelayanan kesehatan dan perawat hanya dapat memiliki paling banyak 2 SIPP. Untuk memperoleh SIPP, perawat harus mengajukan permohonan kepada Pemerintah Daerah kabupaten/kota dengan melampirkan beberapa persyaratan yang berlaku dan rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Organisasi Profesi.

Perawat menjalankan praktiknya di fasyankes seperti tempat praktik mandiri, klinik, pusat kesehatan masyarakat; dan/atau rumah sakit dan atau tempat lain sesuai dengan klien sasarnya. Pimpinan fasyankes dilarang mempekerjakan perawat yang tidak memiliki SIPP dan wajib melaporkan perawat yang bekerja dan berhenti bekerja di fasyankes pada tiap triwulan kepada kepala dinas kesehatan Pemerintah Daerah kabupaten/kota dengan tembusan kepada Organisasi Profesi. Praktik keperawatan di tempat lain sesuai dalam bentuk kunjungan rumah Klien, rumah jompo, panti asuhan, panti sosial, dan sekolah tidak memerlukan SIPP sepanjang telah memiliki SIPP di tempat praktik mandiri, klinik, atau pusat kesehatan masyarakat pada wilayah kerja yang sama. Perawat yang menjalankan praktik keperawatan secara mandiri harus memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah profesi ners.

Pemerintah, Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, dan konsil keperawatan melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Praktik Keperawatan sesuai dengan tugas masing-masing untuk meningkatkan mutu pelayanan Perawat, keselamatan Klien, dan melindungi masyarakat dari segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi

kesehatan. Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan, Pemerintah, Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, dan konsil keperawatan dapat melibatkan Organisasi Profesi melalui supervisi, konsultasi, bimbingan teknis dan/atau monitoring dan evaluasi.

Dalam mengatur batasan kemampuan minimal berupa pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional yang harus dikuasai dan dimiliki oleh perawat, untuk dapat melakukan praktik Keperawatan pada masyarakat dan untuk memberikan jaminan kepada masyarakat dalam mendapatkan pelayanan berupa Asuhan Keperawatan oleh Perawat yang kompeten, diperlukan Standar Profesi Perawat meliputi standar kompetensi yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan dan kode etik ditetapkan oleh Organisasi Profesi. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat, terdiri atas 5 (lima) area kompetensi yang diturunkan dari gambaran tugas, peran, dan fungsi Perawat. Area kompetensi juga merupakan adaptasi dari 5 (lima) *domains of the ASEAN Nursing Common Core Competencies* yang merupakan kesepakatan seluruh negara-negara anggota ASEAN. Standar kompetensi perawat digunakan oleh institusi pendidikan, pelayanan kesehatan, lembaga pelatihan, himpunan dan ikatan Keperawatan, dan Pemerintah sesuai dengan peran dan fungsi masing-masing dalam rangka menyiapkan sumber daya manusia yang berkualitas sesuai dengan tuntutan pasar kerja atau dunia usaha dan industri.

3.3 Sistem Informasi SDM Kesehatan

BPPSDMK memiliki sistem informasi SDM Kesehatan (SI-SDMK) yang meliputi pemetaan keadaan SDM, perencanaan SDM, pendayagunaan SDM, pengadaan SDM, dan peningkatan mutu SDM. Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SI-SDMK) bertujuan untuk memetakan SDM Kesehatan yang bekerja sesuai dengan fungsinya di fasyankes. Data yang dihimpun meliputi biodata, pendidikan, pekerjaan, pelatihan dan sertifikasi yang dikelola secara berjenjang oleh masing-masing fasyankes, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, dan pusat (Kementerian Kesehatan). Modul dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan ini berisikan data tentang sistem informasi SDM kesehatan untuk melaporkan produksi melalui pendidikan dan pelatihan, tenaga perawat di pasar kerja, jumlah ketersediaan di pasar kerja, dan perawat yang keluar dari pasar kerja. Sumber data diperoleh dari; Sub Bagian Data dan Informasi, Set Badan PPSDMK; Pusdik SDM ; Puslat SDM. Pelaporan SI SDM telah dilaporkan dalam pelaporan Kesehatan internasional

melalui *National Health Workforce Accounts* (NHWA). NHWA secara aktif dan berkesinambungan memfasilitasi standarisasi dari sistem informasi tenaga kerja kesehatan untuk meningkatkan kualitas data, serta untuk mendukung pelacakan kebijakan kinerja SDM Kesehatan menuju *Universal Health Coverage* (UHC).

Untuk dapat menghasilkan data yang berkualitas dan akurat diperlukan SI SDM Kesehatan. Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan mengintegrasikan sumber data dari aplikasi pengumpulan data yang telah ada di BPPSDM. Saat ini terdapat beberapa sistem informasi di Badan PPSDM Kesehatan, diantaranya SI-SDM Kesehatan, STR, Jabfung, dan data lainnya dengan variasi data yang beragam. Dengan keberagaman data tersebut diperlukan suatu data warehouse yang dapat menyimpan dan menganalisis data, sehingga data tersebut dimasukkan dalam suatu sistem yang disebut *District Health Information System* Versi 2 (DHIS2). DHIS 2 merupakan aplikasi yang dapat menjembatani (*bridging*) antar sistem-sistem tersebut sehingga dapat menjadi salah satu solusi untuk membangun Sistem Informasi Kesehatan yang komprehensif di suatu kawasan atau negara. Model arsitektur DHIS2 adalah sebuah datawarehouse yang dapat mengintegrasikan berbagai data kesehatan dari banyak macam sumber terutama data kesehatan yang berasal dari level fasilitas kesehatan, dan informasi yang dikumpulkan dapat ditampilkan dan diakses oleh semua level organisasi kesehatan.

Menurut Sub Bagian Data dan Informasi Sekretariat Badan PPSDM Kesehatan, belum terdapat SI SDM Kesehatan untuk pelaporan produksi perawat dan melalui pendidikan. Data tersebut saat ini hanya tersedia di data pendidikan PDDIKTI dan dapat diminta secara periodik untuk memperoleh informasi terkait jumlah tenaga kesehatan yang dihasilkan melalui pendidikan. Sub Bagian Data dan Informasi Sekretariat Badan PPSDM Kesehatan juga mengungkapkan bahwa saat ini terdapat sistem informasi SDM kesehatan yang melaporkan tenaga perawat di pasar kerja, khususnya yang sudah bekerja di fasyankes, baik di institusi pemerintah dan swasta. Sistem pelaporan ini juga memberikan informasi ketersediaan pasar kerja perawat. Selain itu, tersedia juga SI SDM Kesehatan yang melaporkan jumlah ketersediaan pasar kerja, tapi sejauh ini masih terbatas pada ketersediaan SDM Kesehatan di fasyankes yang dikelola oleh pemerintah dan swasta di dalam negeri. Terkait laporan perawat yang keluar dari pasar kerja, SI-SDM Kesehatan menyediakan laporan tentang perawat yang pensiun, mutasi, berhenti, meninggal dan alasan lainnya.

Dalam proses memfasilitasi keseimbangan *supply-demand* tenaga Kesehatan di Indonesia, Badan PPSPDM Kesehatan telah merintis pengembangan Sistem Bursa Kerja Tenaga Kesehatan (Bursa Nakes). Bursa Nakes merupakan salah satu media online pendayagunaan tenaga Kesehatan Indonesia. Dalam Bursa Nakes online tersebut memfasilitasi pertemuan antara pencari kerja dan pemberi kerja. Diharapkan melalui Bursa Nakes tersebut dapat memberikan manfaat bagi pencari kerja, pemberi kerja, pemerintah dan institusi pendidikan. Saat ini Bursa Nakes Online tersebut memfasilitasi pendayagunaan tenaga Kesehatan di dalam negeri, sedangkan untuk kesempatan bekerja di luar negeri masih dalam tahap pengembangan. Kemenkes membuka peluang untuk bermitra dengan pihak pemerintah dan swasta yang menyediakan platform untuk mendukung pendayagunaan tenaga keperawatan baik di dalam maupun di luar negeri.

4.1 Kesimpulan

1. Secara garis besar ketersediaan perawat di Indonesia sudah dapat mencukupi kebutuhan sesuai dengan jumlah penduduk. Jumlah perawat yang terdaftar dan memiliki STR hingga akhir tahun 2020 adalah 985.889 dengan sejumlah 592.342 STR berstatus aktif. Sebanyak 384.464 perawat dilaporkan bekerja pada rumah sakit, puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya di seluruh Indonesia.
2. AIPVIKI dan AIPNI secara periodik melakukan pembaharuan terhadap kurikulum Pendidikan keperawatan. Sebagian besar pembaharuan mengacu kepada kompetensi inti ASEAN dengan tujuan untuk mendapat pengakuan dari ASEAN.
3. Terkait dengan pelatihan yang tersedia, pelatihan Basic Cardio Life Support (BCLS) wajib diikuti sebagai kompetensi pelatihan bagi mahasiswa sebelum mengikuti pendidikan profesi dan beberapa pelatihan lainnya sesuai dengan muatan dalam kurikulum yang ditentukan.
4. Peraturan yang menjadi pedoman dalam proses akreditasi yaitu: UU 12/2012, Permendikbud Nomor 3/2020, PerBan-PT Nomor 5/2019, PerBan-PT Nomor 4/2017, Permendikbud Nomor 5/2020, Peraturan LAM PTKes Nomor 2/2020, Permendikbud Nomor 7/2020. Ketetapan akreditasi berlaku dalam 5 tahun merujuk pada Permendikbud Nomor 5/2020 dan persetujuan standar akreditasi ditetapkan oleh rapat anggota, yang merupakan struktur organisasi tertinggi dalam LAM PT.Kes (terdiri dari ketua organisasi asosiasi profesi dan institusi pendidikan bidang kesehatan).
5. Standar Nasional Profesi Keperawatan telah disusun oleh PPNI, akan tetapi masih dalam proses penetapan (termasuk lingkup standar pendidikan interprofesionalisme) sementara jenjang karir perawat sendiri telah memiliki regulasi yaitu PMK 40/2017, tetapi belum semua fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan hal ini.
6. Biaya pendidikan telah diatur didalam Permendikbud Nomor 25 Tahun 2020 yang menetapkan Standar Satuan Biaya Operasional Pendidikan

Tinggi pada Perguruan Tinggi Negeri di Lingkungan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Akan tetapi besaran nominal biaya bergantung pada kebijakan universitas masing-masing dengan mengacu pada batas kewajaran pembiayaan.

7. Berdasarkan proyeksi kebutuhan tenaga perawat di pasar kerja domestik, diperkirakan pada tahun 2021 Indonesia mengalami surplus 176.470 perawat dan kemungkinan akan terus meningkat jumlahnya hingga 695.217 perawat pada tahun 2025. Kemnaker (2019) juga memprediksi adanya kelebihan perawat di seluruh Indonesia sebanyak 219.257 orang dengan mempertimbangkan kebutuhan ideal perawat di fasyankes dan jumlah perawat yang mencari pekerjaan. Hal ini menjadikan Indonesia memiliki potensi yang besar mengirim perawat ke luar negeri, dengan meningkatkan kompetensi terlebih dahulu agar sesuai dengan persyaratan di luar negeri.
8. Karakteristik dan kondisi kerja perawat meliputi jam kerja, regulasi kondisi kerja, upah minimum, perlindungan sosial, status perawat dalam bekerja, regulasi praktik ganda, pelayanan wajib, dan perlindungan yang diberikan kepada perawat. Untuk jam kerja perawat mengacu kepada UU Nomor 13 tahun 2013, dengan rata-rata jam kerja 40 jam dalam 1 minggu dan jika melebihi waktu yang ditetapkan maka akan dihitung sebagai jam kerja lembur.
9. Sebagian besar penentuan gaji perawat RS di Indonesia ditentukan berdasarkan pendidikan dan masa kerja. Berdasarkan hasil survei yang dilakukan PPNI (2018), rentang gaji pertama paling banyak didapatkan oleh perawat RS swasta adalah 1-1.999 juta rupiah (34,2%) dan sebagian besar rentang gaji saat survei berlangsung adalah 2-2.999 juta rupiah (31%).
10. Remunerasi perawat ditetapkan dengan melihat jenjang karier atau level perawat klinik dan area pelayanan keperawatan. Pengembangan karier perawat dilaksanakan melalui penempatan perawat pada jenjang yang sesuai dengan kompetensinya. Pimpinan RS, Puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dan pemangku kepentingan yang bertanggung jawab dalam pembinaan perawat wajib memberikan kesempatan yang sama kepada perawat dalam pengembangan jenjang karier perawat.

11. Perhitungan kebutuhan tenaga Kesehatan di RS selama ini dihitung berdasarkan pola minimal seperti yang tertuang dalam Permenkes Nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi RS Umum dan perhitungan kebutuhan tenaga di RS Khusus, menggunakan Permenkes 340 tahun 2010 tentang Klasifikasi RS. Jumlah kebutuhan tenaga perawat sama dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap dan kualifikasi dan kompetensi tenaga keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.
12. SI-SDMK bertujuan untuk memetakan SDM Kesehatan yang bekerja sesuai dengan fungsinya di fasyankes. Data yang dihimpun meliputi biodata, pendidikan, pelatihan dan sertifikasi yang dikelola secara berjenjang oleh masing-masing fasyankes, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, dan pusat.
13. Pergerakan pasar perawat ke luar negeri terkait dengan peluang tenaga kesehatan Indonesia ke LN, regulasi penempatan, permintaan dan penawaran. Dalam proses penempatan tenaga perawat Indonesia ke luar negeri dilakukan oleh BP2MI melalui beberapa mekanisme penempatan yaitu *government to government/private (G to G/P)*, *private to private (P to P)*, Mandiri, dan atas kepentingan perusahaan
14. Penempatan dan Perlindungan Tenaga Perawat Indonesia ke Luar Negeri mengacu kepada UU Nomor 18 tahun 2017. Pada Bab III pasal 7 disebutkan bahwa perlindungan pekerja meliputi perlindungan sebelum bekerja, perlindungan selama bekerja, dan perlindungan setelah bekerja.

4.2 Rekomendasi

1. Ketersediaan Perawat secara nasional telah mencukupi baik dari sisi jumlah ataupun rasio Perawat dibanding jumlah penduduk. Namun demikian upaya strategis sangat diperlukan guna menyeimbangkan antara *supply* dan *demand* secara komprehensif agar tenaga keperawatan dapat dimanfaatkan dalam pemenuhan kebutuhan nasional dan global secara optimal.
2. Pendidikan dan pelatihan Perawat perlu mengacu pada perbaikan mutu lulusan yang berkesinambungan dengan mempertimbangkan kebutuhan nasional dan internasional.

3. Perlu dilakukan penguatan regulasi pendidikan interprofesional antara institusi pendidikan keperawatan dan institusi pendidikan tenaga Kesehatan lainnya dengan fokus pada peningkatan kualitas lulusan dan mutu pendidikan.
4. Regulasi biaya pendidikan keperawatan telah diatur pemerintah dalam Standar Satuan Biaya Operasional Pendidikan Tinggi Pada Perguruan Tinggi, namun regulasi terkait biaya pelatihan *in-service* dan pengembangan profesi berkelanjutan memerlukan standarisasi.
5. Integrasi data pasar kerja Perawat yang bersifat sektoral perlu dilakukan dalam satu platform guna melacak lulusan, jumlah yang masuk dan keluar pasar kerja keperawatan dan terutama jumlah pencari kerja dan pengangguran yang ada di keperawatan.
6. Diperlukan kajian karakteristik dan kondisi kerja tenaga keperawatan terutama dari sektor swasta dan publik guna memberikan panduan opsi Kebijakan yang terarah bagi perbaikan aspek ini.
7. Perlu kajian mendalam mengenai penghasilan dan remunerasi Perawat yang lebih komprehensif terutama dari sektor swasta.
8. Komposisi Perawat berdasarkan spesialisasi di fasilitas Kesehatan perlu dipetakan untuk melihat kebutuhan spesialis keperawatan dalam jangka waktu tertentu.
9. Penguatan peran stakeholder yang terkait dengan profesi Perawat perlu dilakukan khususnya yang bersifat multisektoral baik kantor pemerintah pusat ataupun daerah.
10. Integrasi dan interoperabilitas SI SDMK perlu ditingkatkan khususnya terkait dengan integrasi serta kualitas data yang berkesinambungan.
11. Pergerakan pasar Perawat Indonesia ke luar negeri memerlukan upaya inovasi dan akselerasi guna memenuhi kebutuhan global yang diprediksi akan semakin meningkat tiap tahunnya.
12. Penempatan dan perlindungan tenaga Perawat Indonesia ke luar negeri telah dilakukan dengan berbagai regulasi dan Kebijakan yang terarah dan koordinatif antara negara pengirim dan tujuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alonso-Garbayo, Á., & Maben, J. (2009). Internationally recruited nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: The decision to emigrate. *Human Resources for Health*, 7. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-37>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- BPS. (2020). Keadaan Angkatan Kerja di Indonesia.
- BP2MI. (2020). *JobsInfo BP2MI: Informasi Negara Penempatan*. <http://jobsinfo.bnp2tki.go.id/negara>
- Buchan, J., Campbell, J., Dhillon, I., & Charlesworth, A. (2019). *Labour market change and the international mobility of health workers*. March.
- Ching-Min Chen; Efendi, F. A. K. N. N. A. Y., Efendi, F., Chen, C.-M., Kurniati, A., Nursalam, N., & Yusuf, A. (2018). The Situational Analysis Of Nursing Education And Workforce In Indonesia. *Malaysian Journal of Nursing*, 9(4), 21-29.
- Dal Poz, M. R., Kinfu, Y., Dräger, S., Kunjumen, T., & Diallo, K. (2006). *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Geneva, World Health Organization.
- Deputi Kerja Sama Luar Negeri dan Promosi, B. (2019). *Paparan Tindakanjnt Kunjungan Kerja ke Amerika Serikat*.
- Efendi, F., Nursalam, N., Kurniati, A., & Gunawan, J. (2018, April). Nursing qualification and workforce for the association of Southeast Asian Nations economic community. In *Nursing forum* (Vol. 53, No. 2, pp. 197-203).
- Efendi, F., Oda, H., Kurniati, A., Hadjo, S. S., Nadatien, I., & Ritonga, I. L. (2020). Determinants of nursing students' intention to migrate overseas to work and implications for sustainability: the Case of Indonesian students. *Nursing & Health Sciences*.
- Haczyński, J., Skrzypczak, Z., & Winter, M. (2017). Nurses in Poland - Immediate action needed. *Engineering Management in Production and Services*, 9(2), 97-104. <https://doi.org/10.1515/emj-2017-0019>
- Kemenkes. (2020). *Kajian Pasar Kerja SDM Kesehatan ke Luar Negeri*. Focus Group Discussion Bidang Pendayagunaan SDM Kesehatan ke Luar Negeri.

- Kemenkes. (2018). Laporan Riset Ketenagaan Bidang Kesehatan (Risnakes) 2017: Buku I Puskesmas. Jakarta: Balitbangkes Kemenkes.
- Kemenkes. (2019). Human resources for health country profile of Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kemenkes. (2019). Permenkes Nomor 83 Tahun 2019 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan
- Kemenkes. (2020). Dokumen Rencana Kebutuhan SDM Kesehatan Nasional Tahun 2020. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kemenkes. (2020). Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kemnaker. (2019). Analisis Pasar Kerja Ketersediaan dan Kebutuhan Tenaga Kerja Perawat. Direktorat Pengembangan Pasar Kerja Ditjen Binapenta dan PKK. 2019.
- Kurniati, A., Chen, C. M., Efendi, F., & Ogawa, R. (2017). A deskilling and challenging journey: the lived experience of Indonesian nurse returnees. *International Nursing Review*, 64(4), 494-501.
- Marć, M., Bartosiewicz, A., Burzyńska, J., Chmiel, Z., & Januszewicz, P. (2019). A nursing shortage – a prospect of global and local policies. *International Nursing Review*, 66(1), 9–16. <https://doi.org/10.1111/inr.12473>
- Merçay, Clémence, Jean-Christophe Dumont, G. L. (2016). Trends and policies affecting the international migration of doctors and nurses to OECD countries (pp. 103–128). <https://doi.org/10.1787/9789264239517-7-en>
- Ministry of Health. (2019). HRH Country Profiles Indonesia. In *Ministry of Health*. Ministry of Health.
- Mizuho, A. (2016) Nursing care workers hard to find but in demand in aging Japan. Japan Times. Available at: <http://www.japantimes.co.jp/news/2016/06/27/reference/nursing-care-workers-hard-to-find-but-in-demand-in-aging-japan/#.WFLgyubhDIU> (accessed 15 June 2017).
- OECD. (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*.
- OECD (2019a). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. In *Health at a Glance 2007*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264055896-ko>
- OECD (2019b). Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students. In *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>

- Oelmaier, T. (2012). Qualified Help From China. Deutsche Welle. <http://www.dw.com/de/qualifizierte-hilfe-aus-china/a-16308883>
- Sekretariat Negara Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang No. 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan. 2009.
- Sekretariat Kabinet. (2012). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 Tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia. 2012.
- Sekretariat Kabinet. (2012). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional. 2012.
- Salary Explorer. (2020). Nurse Average Salary in Germany 2020 - The Complete Guide. <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=81&loctype=1&job=865&jobtype=3>
- Scheffler, R., Bruckner, T., & Spetz, J. (2012). The labour market for human resources for health in low-and middle-income countries. *Human Resources for Health Observer*, 11. WHO: Geneva.
- Setiawan A. (2017). Ini 5 Negara dengan Gaji Perawat Tertinggi di Dunia - Bisnis Tempo. co.
- Tsubota, K., Ogawa, R., & Ohno, S. (2015). A study on the cost and willingness to recruit EPA foreign nurses and care workers in Japan : from the angle of hospitals and care facilities. *保健学研究*, 27, 45–53.
- Sekretariat Negara Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
- Sekretariat Negara Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan
- World Health Organization. (2010). User's guide to the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/hrh/resources/guide/en/index.html>
- World Health Organization. (2011). Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnels. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Human resources for health: foundation for Universal Health Coverage and the post-2015 development agenda: report of the Third Global Forum on Human Resources for Health, 10-13 November 2013, Recife, Brazil. November 2013.*
- World Health Organization. (2016). *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). National health workforce accounts: a handbook. Geneva; World Health Organisation.

World Health Organization; South East Asia Regional Office (SEARO). (2018). Decade for health workforce strengthening in the South-East Asia Region 2015–2024.

WHO. (2017) Health Employment and Economic Growth [Internet]. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Geneva; 2017. 1–455 p. Available from: https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf?ua=1.

KEMENKES RI

KONTRIBUTOR

Dr. Abdul Ghofar, S.Si., MTI (BP2MI); Sri Andayani, S.P., M.M., (BP2MI); Freddy Martin Panggabean (BP2MI); Farid Ma'ruf (BP2MI); Suprijal Pahlevi, S.Kom (BP2MI); Fadry Kurniawan Kasim (BP2MI); Titis Wulandari (BP2MI); T. Johansen (BP2MI); Henri Wilson Lubis (BP2MI); Ir. Revina P Panjaitan, MM (BP2MI); Christin Lomlom (BP2MI); Yerni Agustinar (BP2MI); Nia Ayu Suridaty (Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan); Lis Prifina, Apt, MKM (BPPSDMK); drg. Agusti Medika P (BPPSDMK); Martinella S (BPPSDMK); Ratia Radiani (BPPSDMK); Irni Damayanti (BPPSDMK); Ach Nawati (BPPSDMK); Dhea Andini (BPPSDMK); Chaerudin, SE (BPPSDMK); Timor Utama, S.Kom, MMSI (BPPSDMK); Eka Febrianto, S.Kom (BPPSDMK); Aditya Bayu Sasmita (BPPSDMK); Sondang, SKM (BPPSDMK); Yudi Mulyana (BPPSDMK); Lupi Trijayanti, SKM (BPPSDMK); I Ratnah, S.Kep (BPPSDMK); Maya Ratnasari, S.Kep, M.Kep (BPPSDMK); Suharni S (BPPSDMK); Dwi Asih (BPPSDMK); Drg. Irma Yuliana (BPPSDMK); Rinto S (Ditjen Binalattas, Kementerian Ketenagakerjaan); Dewi Eva (Ditjen Binapenta, Kementerian Ketenagakerjaan); Archmidiyanto (Ditjen Binapenta, Kementerian Ketenagakerjaan); Liliek Setyorini (Ditjen Binapenta, Kementerian Ketenagakerjaan); Ratri Nurinda Kusumawati, S.Hum (Dit. PPTKLN, Kementerian Ketenagakerjaan); Gitmawati Rahmadewi (Dit. PPTKLN, Kementerian Ketenagakerjaan); Mariana Silitonga (Kementerian Ketenagakerjaan); Didi Rustam (Ditjen Pendidikan Tinggi, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan); Franova (Ditjen Pendidikan Tinggi, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan); Dedi Kurniawan (Ditjen Pendidikan Tinggi, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan); Alvin Eka P (Ditjen Pendidikan Tinggi, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan); Irna Nursanti (AIPNI); Emiliana T (AIPNI); Harif Fadillah, S.Kp, SH, MH.Kes (PPNI); Dr. Atik Hodikoh, S.Kep, M.Kep (PPNI); Ernawati (PPNI); Yeti Resnayati SKp. M.Kes (AIPVIKI); drg. Usman Sumantri, M.Sc (PERSI); Rohman Azzam (LAM-PTKes); dr. Irwan H (ARSSI); Filius (ASPATAKI); William Effendi, B. Comp (ASPATAKI); Yuliawaty (ASPATAKI); Mazlan Mansur (APJATI); Lukman Handoyo, S.Kep, Ns, (UNAIR); Gading Ekapuja Aurizki, S.Kep.Ns., MSc (UNAIR); Ika Adelia Susanti, S.Kep., Ns (UNAIR); Diki Aliftha Rachmad, S.Kep., Ns (UNAIR); Zaenal Radiatsa Aditya, Amd. Kep (UNAIR) serta para pihak yang telah berpartisipasi dalam pembahasan.

KEMENKES RI

ISBN 978-623-201-133-6



9 786233

011334