

---

**MEMASARKAN TENAGA KERJA MEDIS INDONESIA  
DALAM PERSAINGAN GLOBAL**

**Miftah El Fikri, S.E., M.Si. dan Roro Rian Agustin, S.Sos., M.SP**  
Dosen Program Studi Manajemen Fakultas Ekonomi & Bisnis  
Universitas Pembangunan Panca Budi

**ABSTRAK**

Di dalam kehidupan masyarakat Indonesia ada dua aspek yang sangat mempengaruhi kehidupan dan kelangsungan generasi penerus bangsa, kedua aspek itu adalah pendidikan dan kesehatan. Pendidikan merupakan salah satu fokus utama Indonesia dalam membentuk karakter dan pola pikir masyarakat agar menjadi lebih baik dan berdaya saing. Sedangkan kesehatan membentuk pribadi dengan jaminan kesehatan fisik dan rohani masyarakat. Kesehatan dalam praktiknya di dalam masyarakat dilakukan oleh tenaga medis, salah satunya adalah dokter. Dokter di Indonesia memiliki jumlah yang cukup banyak dan terus mengalami pertumbuhan setiap tahunnya. Rasio dokter di Indonesia pada saat ini mendekati atau hampir ideal dengan jumlah pasiennya dalam data yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Indonesia. Tetapi hal ini tidak tercermin dari jumlah dokter di daerah tertinggal, terdepan dan terluar 3T. Masih banyak daerah di Indonesia yang kekurangan tenaga medis dan bahkan belum disentuh oleh dokter, sehingga banyak masyarakat yang tidak mendapatkan fasilitas kesehatan, serta dokter di Indonesia tidak memiliki kualitas atau standar kerja yang sama, terlihat dari kemampuan lulusan dan akreditasi perguruan tinggi. Di pasar global khususnya asean penyebaran berdasarkan *demand and supply* sangat berfluktuasi, negara yang kekurangan mengimpor, sedangkan negara yang kelebihan mengeksport dokternya. Masalah utama dalam memasarkan para dokter adalah cara berkomunikasi. Komunikasi menjadi penting karena dalam menegakkan diagnosa para dokter harus melakukan *interview* dengan pasiennya sehingga dapat menyimpulkan penyakit yang diderita pasien.

Kata Kunci : Pemasaran Dokter, Penyebaran Dokter dan Komunikasi

**PENDAHULUAN**

Kesehatan adalah keadaan atau kondisi sejahtera dari fisik dan jiwa, yang memungkinkan setiap orang atau individu mampu hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan menjadi penting di Indonesia dan menjadi salah satu tolak ukur dalam melihat kesejahteraan masyarakat. Kesehatan pada dulunya tidak terlalu dipentingkan di dalam kehidupan bermasyarakat, dikarenakan aspek pendidikanlah yang menjaadi cerminan kesejahteraan. Realita yang terjadi di masyarakat jika ingin sejahtera maka raihlah pendidikan setinggi mungkin. Pendidikan dijadikan tolak ukur karena dengan pendidikan masyarakat mampu menaikkan taraf hidup dan meningkatkan kemampuan diri untuk lebih sejahtera dibandingkan kondisi dasarnya. Inilah fenomena yang terjadi di masyarakat Indonesia pada zaman dahulu dengan mengatasnamakan dan meninggikan posisi pendidikan di atas kesehatan, padahal jika seorang individu tidak sehat secara fisik dan jiwa maka individu tersebut tidak akan berhasil dalam menempuh pendidikannya.

Salah satu tujuan nasional di dalam Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan yang dianut di Indonesia adalah memajukan kesejahteraan bangsa, yang berarti memenuhi kebutuhan dasar manusia, yaitu pangan, sandang, papan, pendidikan, kesehatan, lapangan kerja dan ketenteraman hidup. Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk. Tanggung jawab untuk terwujudnya derajat kesehatan yang optimal berada di tangan seluruh masyarakat

Indonesia, pemerintah dan swasta secara bersama-sama. Menurut Guhardja di dalam tulisannya tentang dasar-dasar pembangunan nasional di bidang kesehatan adalah sebagai berikut: Semua warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal agar dapat bekerja, dan hidup layak sesuai dengan martabat manusia; Pemerintah, dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara, dan mempertinggi derajat kesehatan rakyat; Penyelenggaraan upaya kesehatan diatur oleh pemerintah, dan dilakukan secara serasi dan seimbang oleh pemerintah, dan masyarakat.

Pemeliharaan kesehatan adalah segala bentuk upaya penanggulangan, dan pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan termasuk kehamilan, dan persalinan. Hal ini merupakan kesimpulan dari tujuan kesehatan itu sendiri, dalam dunia medis terlihat banyak fenomena yang menunjukkan pentingnya kesehatan misalnya, munculnya banyak rumah sakit swasta, perguruan tinggi dengan jurusan bidang kesehatan, fasilitas asuransi kesehatan baik pemerintah dan swasta serta adanya program pengabdian daerah yang ditujukan kepada tenaga-tenaga kesehatan yang telah selesai melakukan studinya.

Di dalam Anggaran Pendapatan Belanja Negara Republik Indonesia (APBN 2016), pemerintah dalam salah satu kebijakannya adalah fokus terhadap pembangunan dimensi manusia di masyarakat. Kebijakan pemerintah adalah dengan memberi alokasi dana 5% dari total APBN 2016 yaitu Rp. 1.325,6 Triliun. Artinya sektor kesehatan memiliki porsi dana sebesar Rp. 66,28 Triliun untuk membenahi dan memperbaiki segala kebijakan dalam dunia medis. Di dalam APBN kesehatan menempati posisi ketujuh pengguna APBN terbanyak dalam total keseluruhan APBN 2016 di bawah ekonomi, pelayanan umum, perlindungan sosial, pendidikan, pertahanan serta ketertiban dan keamanan. Artinya secara APBN 2016 kesehatan telah menjadi penting dan harus diberdayakan dengan lebih baik agar penggunaan anggaran merata ke seluruh wilayah di seluruh Indonesia.

**Gambar 1. Alokasi APBN 2016**



Sumber : Informasi APBN RI Tahun 2016

Dari gambar alokasi APBN RI Tahun 2016 di atas terlihat bahwa pemerintah memiliki fokus penting pada kesehatan di tahun 2016 ini, dalam upaya pemeliharaan dan perbaikan aspek kesehatan di Indonesia umumnya dan daerah-daerah pada khususnya. Pada dasarnya pembangunan yang baik adalah pembangunan desentralisasi yang tersebar dan menyeluruh, dibanding pembangunan terpusat dengan fokus ibukota, sehingga semua daerah tertinggal, terdepan dan terluar (3T) dapat menikmati proses dari pembangunan tersebut.

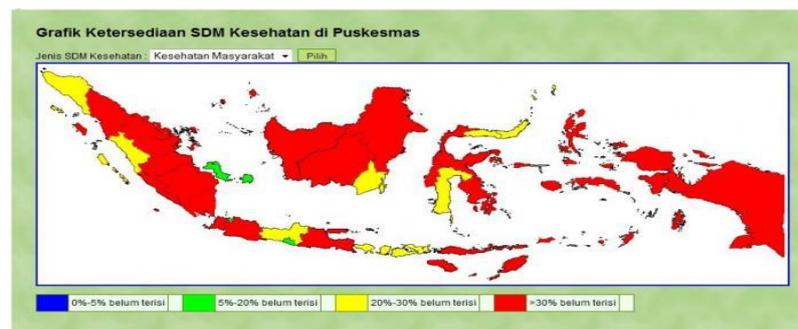
Jika hal ini dapat dilaksanakan dengan cepat maka semua daerah akan mulai membangun dan tidak adanya lagi ketimpangan pembangunan. Jumlah dokter setiap tahunnya semakin meningkat tetapi tidak sebanding dengan pertumbuhan rumah sakit, puskesmas ataupun klinik. Artinya para dokter di Indonesia suatu saat akan melakukan ekspansi ke luar negeri untuk memenuhi tenaga medis di ASEAN. Mampukah para dokter memasarkan dirinya dengan keterampilan dan pengalamannya.

Pada dasarnya pemasaran dokter merupakan pemasaran manusia, walaupun teknik pemasaran dan sasaran telah didapatkan, para dokter haruslah berkualitas agar tidak mengecewakan konsumen, karena ibarat produk jika tidak memenuhi ekspektasi maka produk tersebut akan kehilangan pasar dan ditinggalkan konsumen. Begitu juga dengan dokter apakah kualitas dokter Indonesia dapat disejajarkan dengan para dokter di luar negeri.

## **DOKTER DI INDONESIA**

Indonesia adalah negara yang luas dengan bentang alam yang panjang dari sabang hingga maraueke dan didiami oleh banyak suku bangsa yang berda di setiap daerah. Suku bangsa ini berbeda-beda di setiap daerah yang memberikan fenomena keadaan budaya yang dinamis dan memiliki banyak ciri khas. Indonesia adalah negara yang sangat memperhatikan fokus masalah masyarakatnya, khususnya bidang kesehatan. Dengan jarak yang luas dan terdiri dari beribu pulau Indonesia sangat membutuhkan tenaga medis khususnya dokter untuk memenuhi kebutuhan di setiap daerah di Indonesia. Secara operasional, definisi "Dokter" adalah seorang tenaga kesehatan yang menjadi tempat pertama pasien dengan untuk menyelesaikan semua masalah kesehatan yang dihadapi tanpa memandang jenis penyakit, organologi, golongan, usia, dan jenis kelamin, sedini dan sedapat mungkin, secara menyeluruh, bersinambung, dan dalam koordinasi serta kolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya, dengan menggunakan prinsip pelayanan yang efektif dan efisien serta menjunjung tinggi tanggung jawab hukum, etika, profesional, dan moral. Layanan yang diselenggarakannya adalah sebatas kompetensi dasar kedokteran yang diperolehnya selama pendidikan kedokteran.

Sebagai kaum intelektual yang cakap akan kehidupan sains, sosial, keadilan, kebenaran dan fungsi-fungsi peradaban, maka profesi dokter memiliki tanggung jawab intelektual yang tidak boleh diremehkan, selain karena profesi ini telah menjelma menjadi bagian yang tak terpisahkan dari masyarakat, juga karena intelektualitas merupakan salah satu parameter pencerahan kehidupan yang di dalamnya terkandung rahmat sekaligus amanah bagi yang memilikinya. Berdasarkan tinjauan historisnya, dunia kedokteran pada awalnya dipandang sebagai sebuah profesi yang sangat mulia, sehingga dengan asumsi tersebut, maka orang-orang yang terlibat dalam proses hidup dan berlangsungnya dunia kedokteran kemudian diibaratkan sebagai orang-orang yang juga memiliki kemuliaan; baik pada kata, sikap maupun tabiat yang dimilikinya. Dengan memandang profesi kedokteran sebagai pekerjaan yang senantiasa bergelut untuk menutup pintu kematian dan membuka lebar-lebar kesempatan untuk dapat mempertahankan dan meneruskan hidup seseorang, maka berkembanglah kesepakatan sosial akan urgensi dari ilmu kedokteran sebagai salah satu prasyarat utama untuk dapat mempertahankan hidup.

**Gambar 2. Ketersediaan SDM Kesehatan Di Indonesia Di Indonesia**

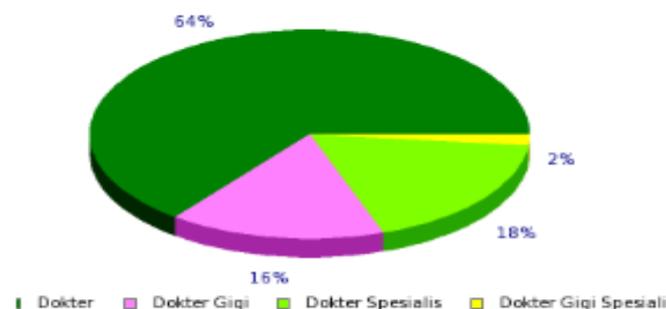
sumber: [www.bppsdmk.depkes.go.id](http://www.bppsdmk.depkes.go.id)

Perkembangan dan pendistribusian tenaga medis pada kenyataannya dengan alokasi dana APBN yang cukup besar, tidak sesuai dengan kebutuhan penyebaran tenaga kerja medis (dokter, bidan dan perawat) di wilayah-wilayah yang tersebar di Indonesia. Rasio jumlah dokter terhadap penduduk di Indonesia yang saat ini berjumlah 254,9 juta jiwa adalah 1 dokter untuk 1.745 penduduk. Rasio ini lebih rendah dari rasio dokter ideal menurut WHO, yaitu 1 dokter untuk 2.500 penduduk. Artinya jumlah dokter di Indonesia perbandingannya sangat tidak sesuai dengan jumlah penduduk di Indonesia, atau dalam arti lain Indonesia memiliki banyak dokter. Menurut data penyebaran bahwa masih di atas 30% tenaga medis belum tersebar keseluruh daerah di Indonesia. Penyebaran kekurangan di atas 30% terlihat paling dominan di seluruh pulau papua, hal ini menunjukkan kegiatan medis di papua masih sangat minim dan tidak tercover dalam jangkauan kesehatan.

Pertumbuhan universitas dan sekolah tinggi medis di Indonesia cukup banyak dan setiap tahun ratusan hingga ribuan tenaga medis diwisuda dan dilepas universitas ke pasar tenaga medis. Pada gambar tiga terlihat jumlah dokter umum, dokter gigi dan dokter spesialis di Indonesia sebesar 117.651 orang yang teregistrasi pada bulan oktober tahun 2016. Dengan rincian dokter umum 114,579 orang; dokter gigi 28,247 orang, dokter spesialis 31.810 orang dan dokter spesialis gigi 3.015 orang. Rincian jumlah tenaga medis dalam bidang kedokteran yang paling besar ditempati oleh dokter umum.

**Gambar 3. Jumlah Dokter/Dokter Gigi Seluruh Indonesia Tahun 2016**

Jumlah Dokter/Dokter Gigi Seluruh Indonesia Per 2016-  
10-25 18:23:54



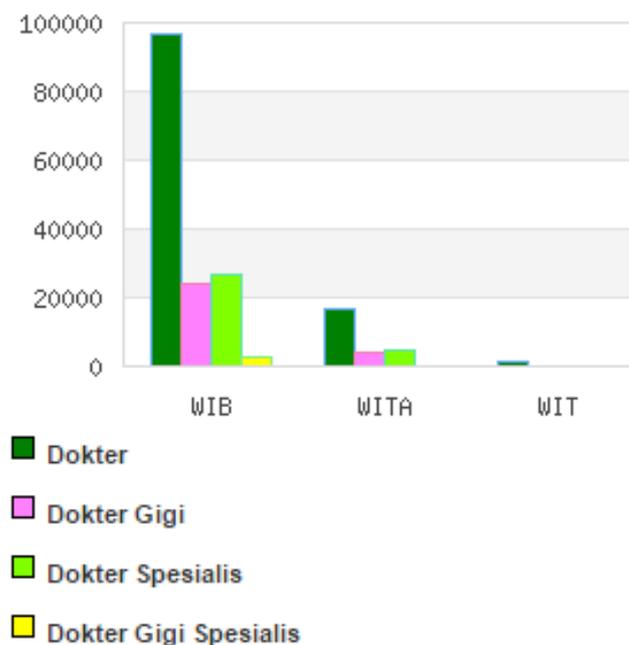
Dokter	: 114,579
Dokter Gigi	: 28,247
Dokter Spesialis	: 31,810
Dokter Gigi Spesialis	: 3,015
<b>Jumlah</b>	<b>: 177,651</b>

sumber: [www.kki.go.id](http://www.kki.go.id)

Penyebaran tenaga medis dokter di Indonesia terlihat pada gambar 4, di mana tenaga dokter keseluruhan terpusat di Indonesia bagian barat artinya penyebaran dokter terpusat di Sumatera dan Jawa. Sedangkan penyebaran di daerah pulau Sulawesi dan Kalimantan masih sangat minim, terutama daerah kepulauan Maluku, Nusa Tenggara dan Papua yang hampir tak tersentuh oleh tenaga medis. Pertanyaan besar di dalam penyebaran tenaga kerja medis adalah mengapa hal ini dapat terjadi padahal jumlah lulusan kedokteran setiap tahunnya di Indonesia sangat banyak, tetapi tidak dapat menjangkau seluruh wilayah nusantara. Artinya kemampuan penyebaran dokter Indonesia masih sangat minim dan banyak pasien yang tidak mendapatkan layanan kesehatan sebagaimana mestinya karena jumlah tenaga yang terbatas dan terpusat. Hal ini akan mengacu kepada kemampuan daya saing dokter Indonesia di internasional. Secara kompetensi Indonesia memiliki banyak dokter dan dokter pakar, tetapi tidak sebanding dengan perwujudan layanan kesehatan yang terjadi di lapangan, terlihat dari banyaknya penduduk yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan itu sendiri dan penyebarannya yang memusat.

**Gambar 4. Jumlah Dokter/Dokter Gigi Menurut Zona Wilayah Tahun 2016**

**Jumlah Dokter/Dokter Gigi Teregistrasi Per Zona Wilayah**



sumber: [www.kki.go.id](http://www.kki.go.id)

Masalah utama pemusatan dokter kesuatu daerah adalah karena kurangnya perhatian pemerintah terhadap dokter itu sendiri. Setiap dokter di Indonesia harus melewati masa *internship*. Menurut Permenkes No. 299 tahun 2010, *Internsip* adalah Proses pematapan mutu profesi dokter untuk menerapkan kompetensi yang diperoleh selama pendidikan, secara terintegrasi, komprehensif, mandiri serta menggunakan pendekatan kedokteran keluarga dalam rangka pemahiran dan penyelarasan antara hasil pendidikan dengan praktik di lapangan. Dalam bahasa sederhana Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI) merupakan suatu program lanjutan yang harus ditempuh oleh seorang lulusan fakultas kedokteran untuk dapat memiliki Sertifikat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang merupakan syarat untuk melakukan praktik kedokteran di Indonesia. Dalam program *internship*, para dokter dikirim ke daerah-daerah seluruh Indonesia, setelah mereka melewati

masa UKDI (ujian kompetensi dokter Indonesia). Program *internship* ini bahasa lainnya adalah program pengabdian dokter untuk masyarakat yang lamanya 1 – 1,5 tahun, tergantung dari keadaan lokasi *internship*.

Program *internship* masih memiliki banyak kendala dan belum terkoordinasi dengan baik, dan terkadang *internship* merugikan pihak dokter yang menjalani program pemerintah ini. Beberapa masalah yang sering terjadi di dalam program *internship* antara lain :

1. Masalah Biaya Bantuan Hidup (BBH) masalah keuangan dan tunjangan adalah masalah hampir di setiap profesi dokter. Dokter *internship* diberikan gaji sebesar Rp. 2,5 juta/bulan. Permasalahannya penyaluran gaji ini sangat sering terlambat dan tidak mencukupi kebutuhan dokter *internship* terutama kebutuhan primer dokter. Setiap daerah memiliki perbedaan tentang kebutuhan ini semakin terpencil daerahnya maka semakin mahal kebutuhan para dokter, karena tidak adanya *supply* produk ke daerah tersebut. Dokter pada dasarnya selain memberikan pelayanan kesehatan juga tetap harus belajar kembali dan melatih dirinya dengan mengikuti seminar dan pelatihan-pelatihan dan biaya mengikuti ini tidaklah murah. Masalah ini dapat diselesaikan dengan memberikan standarisasi BBH. Standarisasi BBH yang dimaksud tidaklah melakukan pukul rata BBH bagi setiap dokter *internship*, tetapi BBH harus disesuaikan dengan keadaan daerah dari inflasi, bentang alam dan keadaan lain yang mempengaruhi biaya kebutuhan para dokter.
2. Tidak adanya jaminan kesehatan dari pemerintah untuk dokter *internship*. Dokter adalah lini terdepan dalam pelayanan kesehatan, dalam kegiatan medisnya seorang dokter akan dihadapkan dengan berbagai situasi terutama dengan berbagai penyakit baik menular ataupun tidak menular, bahkan terkadang cuaca sekalipun. Artinya seorang dokter dapat saja terinfeksi dan jatuh sakit karena kegiatan medisnya melakukan pertolongan. Pada prakteknya dilapangan para dokter *internship* tidak dijamin kesehatannya, bahkan mereka menutupi biaya kesehatan dengan menggunakan BBHnya dan minimnya fasilitas kesehatan di daerah tersebut. Hal ini terlihat dari banyaknya keluhan kesah dokter *internship* di daerah 3T yang bertahan hidup dengan BBH seadanya dan beberapa dokter meninggal dunia karena tidak adanya pertolongan medis yang layak terhadap dirinya. Masalah ini dapat diselesaikan dengan memberikan fasilitas medis standar misalnya fasilitas kegawatdaruratan baik itu alat dan obat-obatan, sehingga selain dapat menyembuhkan pasien, juga dapat menyelamatkan para dokter.
3. Masalah jadwal keberangkatan dan penyediaan tempat *internship* bagi peserta PIDI. Para dokter *internship* yang akan menuju daerah-daerah di Indonesia harus masuk ke dalam daftar tunggu yang disediakan kementerian kesehatan. Masalah utamanya terkadang daftar tunggu itu sangat lama prosesnya bahkan ada yang hampir satu tahun sehingga membuat dokter *internship* menjadi pengangguran yang tidak jelas, dari sisi medis ia adalah seorang dokter dari segi administrasi para dokter tidak memiliki izin karena wajib mengikuti program *internship*. Masalah ini dapat diselesaikan dengan pengaturan jadwal dan daftar tunggu yang terintegrasi dan prioritas dengan menggunakan sistem informasi computer (tidak secara manual), artinya dokter yang telah lama mendaftar menjadi skala prioritas pendistribusian ke daerah.

Masalah ini akan menjadi polemik dunia kesehatan di Indonesia jika tidak diselesaikan dengan cepat dan baik, sehingga nantinya akan menguntungkan berbagai pihak. Program *internship* ini adalah salah satu program pemerintah untuk membuat penyebaran para dokter merata ke seluruh wilayah nusantara, sehingga kebutuhan para dokter disetiap daerah terpenuhi. Fenomena yang terjadi di lapangan ketika program *internship* ini selesai, maka para dokter yang tersebar tersebut akan melakukan migrasi menuju kota, karena kota

merupakan tempat yang layak untuk mendapatkan gaji dan jaminan hidup yang lebih baik. Artinya jika hal ini terjadi daerah-daerah tetap akan kehilangan tenaga medisnya, kemudian daerah tersebut kembali masuk daftar tunggu dan akhirnya diisi kembali oleh dokter-dokter *internship* yang baru. Dokter *internship* baru juga terlebih dahulu harus melakukan penyesuaian beradaptasi dan lain sebagainya. Padahal jika program dokter *internship* ini berhasil dan para dokter daerah khususnya 3T diberikan fasilitas yang berujungnya pada kepuasan para dokter bekerja, tidak mustahil untuk para dokter akan menetap di daerah. Hal ini pastinya akan sangat menguntungkan pemerintah karena dapat memenuhi kebutuhan dokter daerah, sehingga pemerintah dapat fokus membangun daerah-daerah lain yang masih kekurangan dokter.

## DOKTER DI ASEAN

Datangnya MEA pada saat ini merupakan perwujudan nyata kerjasama dan kesepakatan oleh negara-negara ASEAN. Banyak sekali pekerjaan dokter di Indonesia yang perlu dilakukan agar mampu bertahan dan memiliki daya saing di dalam MEA. Faktor yang paling berpengaruh adalah masalah bahasa. Bahasa menjadi salah satu penghambat perpindahan dokter di kawasan ASEAN.

Dalam dunia kedokteran, komunikasi merupakan salah satu yang paling penting. Hampir keseluruhan diagnosis diperkirakan dari anamnesis yang dilakukan dokter. Tanpa kesepahaman bahasa sangat sulit bagi dokter untuk melakukan komunikasi dan mengetahui riwayat penyakit pasien. Penggunaan penerjemah juga kurang memungkinkan, karena terkadang di dalam dunia kedokteran ada beberapa penyakit yang dirahasiakan dan tidak boleh diketahui oleh pihak ketiga. Segala hal tentang pasien baik itu riwayat penyakit dan identitas yang harus dijaga kerahasiaannya tercermin di dalam kode etik seorang dokter, tetapi tidak untuk penerjemah yang tidak memiliki kode etik. Artinya penerjemah dapat saja membocorkan atau mempublikasikan rahasia pasien ke publik.

**Tabel 1. Rasio Dokter Di ASEAN**

Negara	Bahasa	Rasio Dokter : Pasien	Jumlah FK
Thailand	Thai 50% English 50%	1:2700	21
Filipina	English	1:1800	43
Singapura	English	1:580	2
Indonesia	Bahasa	1:7700	73
Malaysia	English	1:1400	24
Vietnam	Viernamese	1:1900	12
Myanmar	English- Burmese	1:2800	8
Kamboja	Khmer	1:6300	2
Laos	English-Laos	1:1700	1
Brunei	-	1:736	0

*Sumber : Citation-Glob Health Action 2014*

Dari data tabel 1 semua negara ASEAN, kecuali Brunei Darussalam, memiliki Medical Licensing Exam (MLE) layaknya Ujian Kompetensi dokter Indonesia (UKDI) yang digunakan sebagai ujian yang harus ditempuh oleh para dokter untuk mendapatkan izin praktik. Brunei tidak memiliki ini karena Brunei tidak memiliki Fakultas Kedokteran dan menggantungkan kebutuhan dokternya pada dokter-dokter yang dimpor dari negara luar. Dari

data tersebut, hanya Filipina, Malaysia dan Singapura yang seluruh MLE menggunakan bahasa Inggris, dan hanya Indonesia, Vietnam dan Kamboja yang menggunakan bahasa nasional. Sisanya, campuran antara bahasa Inggris dan bahasa nasional. Penguasaan bahasa Inggris sebagai bahasa paling banyak dituturkan di dunia, membuat dokter-dokter dari Filipina, Singapura dan Malaysia lebih mampu berekspansi ke negara lain. Sementara Indonesia, Vietnam dan Kamboja yang menggunakan bahasa nasional lebih sulit dari pada negara-negara tersebut.

Dari tabel di atas juga menunjukkan masalah *supply* dan *demand* yang terlihat dari rasio dokter dan pasien. Rendahnya rasio dokter dan pasien menyebabkan menyebabkan *supply* dokter, dokter di negara tersebut akan melakukan ekspansi ke negara lain, karena peluang di negara tersebut sangat kecil dan lapangan pekerjaan semakin sempit misalnya Singapura dengan rasio satu dokter berbanding 580 pasien. Sedangkan untuk Negara dengan rasio dokter dan pasien tinggi akan menyebabkan *demand* dokter, menyebabkan akan masuknya dokter-dokter luar yang diimpor ke negara tersebut, karena jumlah pasien yang sangat banyak dan tidak adanya dokter untuk *cover* pasien tersebut misalnya Indonesia dengan rasio satu dokter berbanding 7.700 pasien pada tahun 2014.

Dalam praktik kedokterannya Indonesia mampu mengejar kekurangan jumlah ini dalam beberapa tahun mendatang. Hingga tahun 2016 Kementerian Kesehatan mencatat terdapat 114.579 dokter umum. Namun dari ke-73 Fakultas Kedokteran ini tidak semuanya memiliki kualifikasi yang bagus yaitu terakreditasi A. Ketimpangan kualitas ini juga menyebabkan tidak meratanya kualifikasi dokter di Indonesia, meski sudah ada usaha berupa MLE yang mencoba menstandarisasi lulusan dokter sebelum diberi izin praktik.

## KESIMPULAN

Untuk memasarkan dokter Indonesia ke pasar global, maka terlebih dahulu pemerintah haruslah memenuhi kebutuhan para dokter di daerah 3T. kemudian membuat standar kompetensi dokter yang berlaku di seluruh Indonesia dengan menggunakan bahasa Inggris tentunya sebagai bahasa pengantar. Artinya jika setiap masyarakat telah mendapatkan pelayanan kesehatan yang standar dan sama, otomatis *positioning* dokter Indonesia akan terbentuk sehingga akhirnya akan membentuk *image* yang baik terhadap dokter Indonesia, sebagai dokter yang berkualitas dan berstandar. Jika hal ini telah dilakukan pemerintah dengan baik dan benar, dokter Indonesia akan mampu bersaing untuk memenuhi kebutuhan dokter dari negara-negara lain di ASEAN.

## DAFTAR PUSTAKA

- Guhardja, Suprihatin. 1993. *Pengembangan sumber daya keluarga: bahan pengajaran*, BPK Gunung Mulia.
- [www.depkes.go.id/article/print/20143250004/peran-jumlah-dan-mutu-tenaga-kesehatan-dukong-percepatan-mdgs-dan-implementasi-jkn.html](http://www.depkes.go.id/article/print/20143250004/peran-jumlah-dan-mutu-tenaga-kesehatan-dukong-percepatan-mdgs-dan-implementasi-jkn.html) diakses tanggal 31 oktober 2016 pukul 20.00.
- [www.dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24535](http://www.dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24535) Data diambil dari : Citation: Glob Health Action 2014, 7: 24535 - diakses tanggal 31 oktober 2016 pukul 20.00.
- [www.kompasiana.com/fadhilaharmen/internship-dokter-sebuah-tulisan-berisi-masukan\\_56b84d629297736107254c50](http://www.kompasiana.com/fadhilaharmen/internship-dokter-sebuah-tulisan-berisi-masukan_56b84d629297736107254c50)