



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

Jalan Hang Jebat III Blok F3 Kebayoran Baru Jakarta Selatan 12120
Telepon : (021) 724 5517 - 7279 7308 Faksimile : (021) 7279 7508
Laman www.bppsdmk.depkes.go.id



Yth.

1. Para Kepala Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota seluruh Indonesia
2. Direktur Jenderal Perencanaan Anggaran Daerah, Direktorat Jenderal Bina Keuangan Daerah, Kementerian Dalam Negeri
3. Deputi Bidang Sumber Daya Manusia Aparatur, Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi
4. Para Sekretaris Unit Utama di Lingkungan Kementerian Kesehatan
5. Para Dekan Fakultas Kedokteran dan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Negeri
6. Para Kepala Dinas Kesehatan Provinsi /Kabupaten/Kota seluruh Indonesia
7. Para Calon Peserta Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi

SURAT EDARAN

NOMOR HK.02.02/F/ 3695 /2023

TENTANG

**REKRUTMEN PENERIMA BANTUAN BIAYA PENDIDIKAN
AFIRMASI DOKTER DAN DOKTER GIGI TAHAP I TAHUN 2024
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Kementerian Kesehatan membuka peluang dan kesempatan kepada putera-puteri Indonesia yang merupakan lulusan sekolah menengah atas atau sederajat, dan mahasiswa/mahasiswi yang sedang menjalani program sarjana atau profesi pendidikan dokter atau dokter gigi, untuk mengikuti Program Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter dan Dokter Gigi dalam rangka pemenuhan dan pemerataan pada pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia sebagai bentuk dukungan pelaksanaan transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Calon peserta penerima Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter dan Dokter Gigi diutamakan berasal dari Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) serta daerah yang diprioritaskan oleh Kementerian Kesehatan.

Calon peserta penerima Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter dan Dokter Gigi memiliki komitmen untuk melaksanakan masa pengabdian dan diusulkan oleh Pemerintah Daerah yang wajib mendayagunakan peserta pasca pendidikan sesuai dengan kebutuhan.

Rekrutmen Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter dan Dokter Gigi **Tahap I tahun 2024** dilaksanakan untuk peserta **on going** (mahasiswa/mahasiswi yang sedang menjalani program sarjana atau profesi pendidikan dokter atau dokter gigi).

Mengingat ketentuan:

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
3. Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 119);
4. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 132/PMK.05/2021 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 168/PMK.05/2015 tentang Mekanisme Pelaksanaan Anggaran Bantuan Pemerintah pada Kementerian Negara/Lembaga (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1080);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2022 tentang Bantuan Biaya Pendidikan Kedokteran dan Fellowship (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1264);

Ketentuan Bantuan Biaya Pendidikan:

A. Jenis Program Pendidikan

- a. Kedokteran
- b. Kedokteran Gigi

B. Kriteria Peserta

Mahasiswa/mahasiswi yang sedang menjalankan pendidikan sarjana atau profesi pendidikan dokter/dokter gigi yang **saat ditetapkan sebagai peserta** bantuan pendidikan afirmasi dokter atau dokter gigi **maksimal semester 8 pada semester Genap tahun akademik 2023/2024. Jumlah semester dihitung sejak tahun pertama masuk kuliah di FK/FKG.**

C. Persyaratan Peserta

1. Bantuan biaya pendidikan diperuntukkan untuk FK/FKG negeri kelas reguler;
2. Tidak terikat pendanaan pendidikan dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta, maupun pihak lainnya;
3. Tidak menerima pendanaan pendidikan dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta, maupun pihak lainnya untuk komponen yang sama;
4. Tidak sedang:
 - a. Dalam proses perkara pidana;
 - b. Menjalani hukuman karena melakukan tindak pidana.
5. Calon Peserta mendaftar melalui *website*: sibk.kemkes.go.id dan mengunggah berkas sebagai berikut:
 - a. Surat keterangan aktif sebagai mahasiswa dari FK/FKG;
 - b. Surat ijazah SMA/ sederajat lainnya;
 - c. Pas foto terbaru ukuran 4x6 cm;
 - d. Kartu keanggotaan BPJS Kesehatan yang aktif atau asuransi kesehatan lainnya;
 - e. Surat sehat dari dokter di fasilitas pelayanan kesehatan **milik Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah**;
 - f. Surat pernyataan yang ditandatangani oleh calon peserta dengan bermeterai 10.000 (lampiran 1);
 - g. Surat izin orangtua/wali bermeterai 10.000 (lampiran 2); dan
 - h. Surat kuasa pengambilan Surat Tanda Registrasi (STR) dokter/dokter gigi bermeterai 10.000 (lampiran 3).

D. Mekanisme Rekrutmen

1. Seleksi Administrasi:

Seleksi administrasi dilaksanakan secara bersama antara Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota/Provinsi, Institusi Pendidikan dan Kemenkes.

- a. Seleksi di tingkat Provinsi
Dinas Kesehatan Provinsi melakukan verifikasi dan validasi kelengkapan berkas calon peserta yang sudah mendaftar melalui sibk.kemkes.go.id sesuai dengan rencana kebutuhan Kabupaten/Kota/Provinsi dengan mengunggah surat usulan nama-nama calon peserta yang lulus verifikasi tingkat Provinsi;
- b. Seleksi di tingkat Pusat
Kementerian Kesehatan (Tim pusat) memverifikasi dan memvalidasi calon peserta yang sudah diusulkan lulus verifikasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi berdasarkan data kebutuhan dokter atau dokter gigi;
- c. Masa Konfirmasi
Bagi peserta yang mendapatkan pemberitahuan melalui email sibk@kemkes.go.id diberikan waktu 2 hari sejak mendapatkan email untuk melakukan konfirmasi;
- d. Pengumuman Seleksi Administrasi

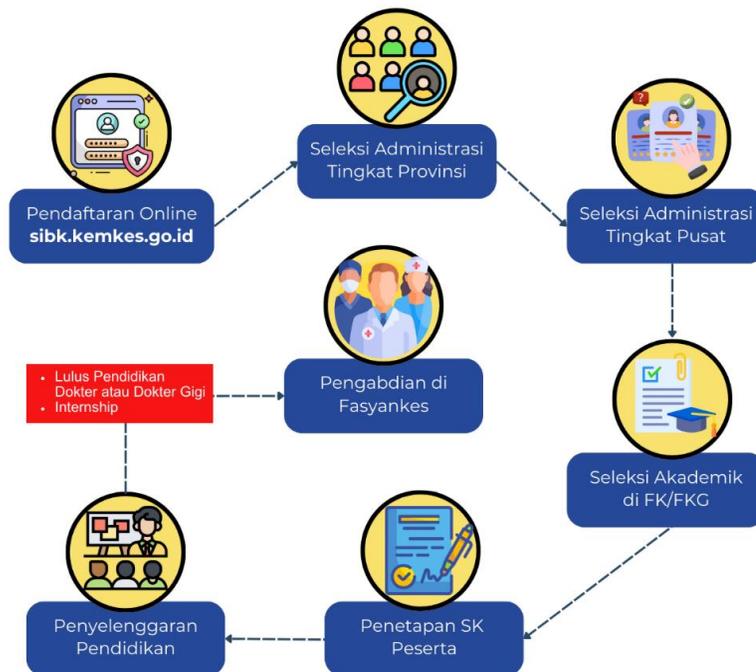
2. Seleksi Akademik

Seleksi akademik dilakukan oleh institusi pendidikan (FK/FKG) penyelenggara program bantuan biaya pendidikan afirmasi dokter atau dokter gigi.

3. Penetapan Calon Peserta

Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan akan menetapkan Surat Keputusan bagi peserta penerima Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi berdasarkan pada hasil tahapan seleksi administrasi dan akademik yang telah dilakukan.

Alur Penyelenggaraan Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi



E. Pembiayaan

Pembiayaan penyelenggaraan program bantuan pendidikan afirmasi dokter dan dokter gigi bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

F. Pendidikan Penyelenggara

Institusi pendidikan penyelenggara Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter dan Dokter Gigi adalah Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi pada perguruan tinggi negeri dan harus memiliki akreditasi paling rendah pada kategori baik sekali atau sebutan lain yang setara.

Calon peserta agar dapat mengikuti perkembangan informasi bantuan pembiayaan pendidikan melalui sibk.kemkes.go.id, akun dan/atau email peserta.

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 13 Desember 2023
Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan



Arianti Anaya

JADWAL PELAKSANAAN

No	Kegiatan	Pelaksana	Tanggal
1	Pengiriman Surat Edaran ke Dinkes Provinsi/Kabupaten/Kota	Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan	12 Januari 2024
2	Sosialisasi Surat Edaran	- Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan - Dinas Kesehatan Provinsi	16 - 18 Januari 2024
3	Pendaftaran online dibuka melalui alamat website sibk.kemkes.go.id	Peserta	15 - 31 Januari 2024
4	Seleksi administrasi tingkat Dinas Kesehatan Provinsi	Dinas Kesehatan Provinsi	1 - 12 Februari 2024
	Seleksi administrasi tingkat Kementerian Kesehatan	- Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan - Unit eselon 1 Kementerian Kesehatan	13 - 25 Februari 2024
5	Penetapan hasil seleksi administrasi tingkat Kementerian Kesehatan	Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan	Minggu IV Februari - Minggu I Maret 2024
6	Seleksi akademik	Institusi Pendidikan	4 - 7 Maret Maret 2024
9	Penetapan SK Penerima Bantuan Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi	Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan	Minggu IV Maret 2024
10	Mulai perkuliahan	Institusi Pendidikan	sesuai jadwal Institusi Pendidikan

SURAT – PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama :

NIK :

Daerah Pengusul Tempat : Provinsi..... **

Pengabdian Kabupaten/Kota..... **

Program studi : Kedokteran Umum/Kedokteran Gigi*

Universitas :

Alamat (sesuai KTP) :

Alamat domisili :

e-mail :

Nomor Telepon & Handphone :

Dalam rangka mendapatkan bantuan biaya pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi Kementerian Kesehatan, dengan ini saya memberikan pernyataan sebagai berikut:

1. Bersedia memberikan kuasa kepada Kementerian Kesehatan C.q Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan melalui Konsil Kedokteran Indonesia untuk mengambil STR dokter/dokter gigi* setelah menyelesaikan Pendidikan Dokter/Dokter Gigi*. Dan akan diserahkan kepada saya setelah diterbitkan Surat Pernyataan Melaksanakan Tugas (SPMT) pada satuan kerja/instansi pengusul tempat pengabdian;
2. Tidak terikat pendanaan pendidikan dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta, maupun pihak lainnya;
3. Tidak menerima pendanaan pendidikan dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta, maupun pihak lainnya untuk komponen yang sama;
4. Tidak akan mundur dari kepesertaan program ini setelah SK penetapan diterbitkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
5. Tidak akan pindah program studi/peminatan dan institusi pendidikan lain sesuai dengan pengajuan seleksi administrasi/berdasarkan usulan Dinas Kesehatan Provinsi masing-masing calon peserta;
6. Tidak pernah gagal dalam Bantuan Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi sebelumnya dan atau dibatalkan mengikuti Bantuan Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi sebelumnya karena kesalahannya;
7. Tidak sedang dalam proses perkara pidana;
8. Tidak sedang menjalani hukuman karena melakukan tindak pidana;
9. Bersedia langsung mendaftar *internship* setelah menyelesaikan pendidikan profesi dokter atau dokter gigi;
10. Setelah selesai mengikuti *internship* saya bersedia melaksanakan pengabdian di Puskesmas di kabupaten/kota.....Provinsi
11. Apabila kabupaten/kota dan/atau provinsi yang dipilih sebagaimana tersebut pada angka 10 ternyata telah penuh atau karena sebab lain sehingga tidak memungkinkan untuk melaksanakan masa pengabdian di Provinsi tersebut, maka saya bersedia ditempatkan

oleh Kementerian Kesehatan sesuai dengan kebutuhan dokter atau dokter gigi di seluruh Indonesia;

12. Apabila saya tidak melaksanakan pengabdian sebagaimana tersebut pada angka 9 dan 10, saya bersedia menjalankan sanksi sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan yang berlaku;
13. Memenuhi persyaratan/ketentuan yang ditetapkan oleh Institusi Pendidikan dan Kementerian Kesehatan; dan
14. Apabila saya melanggar segala ketentuan di atas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di atas kertas bermaterai tanpa ada paksaan dan tekanan dari pihak manapun untuk digunakan sebagaimana semestinya.

Tempat, Tanggal – Bulan - Tahun
Yang Membuat Pernyataan

MATERAI 10.000
TTD

(.....)

Catatan:

(*) Coret yang tidak perlu

(**) Provinsi dan Kabupaten/Kota akan terisi otomatis dari sistem

SURAT PERNYATAAN ORANG TUA/WALI/SUAMI/ISTRI CALON PESERTA
BANTUAN DOKTER ATAU DOKTER GIGI*

Yang bertandatangan di bawah ini orang tua/wali/suami/istri * calon peserta Bantuan Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi:

Nama :
NIK :
Alamat (sesuai KTP) :
Alamat domisili :
Nomor Telepon & Handphone :

Dengan ini saya menyatakan MENYETUJUI dan MENGIJINKAN calon Peserta Bantuan Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi pasca pendidikan akan menjalankan masa pengabdian sesuai peraturan perundang-undangan. Bagi Calon peserta tersebut berikut di bawah ini:

Nama :
NIK :
Daerah Pengusul Tempat : Provinsi..... **
Pengabdian Kabupaten/Kota..... **
Universitas :
Alamat (sesuai KTP) :
Alamat domisili :
Nomor Telepon & Handphone :

Apabila tidak melaksanakan/ ingkar maka bersedia di kenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana semestinya,

Mengetahui
Ttd
(nama calon peserta)

Tempat, Tanggal - Bulan - Tahun
Yang Membuat pernyataan
MATERAI 10.000
ttd
(.....)

Keterangan:

(*) = coret yang tidak perlu

(**) Provinsi dan Kabupaten/Kota akan terisi otomatis dari sistem

SURAT KUASA PENGAMBILAN SURAT TANDA REGISTRASI DOKTER/DOKTER GIGI*

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
NIK :
Universitas :
Alamat (sesuai KTP) :
Alamat domisili :
Nomor Telepon & Handphone :

Memberikan kuasa penuh kepada Kementerian Kesehatan:

Nama : Direktur Penyediaan Tenaga Kesehatan, Direktorat Jenderal Tenaga Kes
Alamat : Jln. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan
No. Telp : 021-7245517

Untuk menerima Surat Tanda Registrasi Dokter/ Dokter Gigi* dari Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) Jakarta atas nama saya.

Demikian surat kuasa ini saya buat dengan sebenar-benarnya, untuk dipergunakan seperlunya. Atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Tempat, Tanggal - Bulan - Tahun

Yang Menerima Kuasa
Direktur Penyediaan Tenaga Kesehatan

Yang Memberi Kuasa

Materai 10.000

Dra. Oos Fatimah Rosyati, M. Kes
NIP 196504181989032002

(.....)

Keterangan:

(*) = coret yang tidak perlu