



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



Yth.

1. Para Kepala Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota seluruh Indonesia
2. Para Sekretaris Unit Utama di Lingkungan Kementerian Kesehatan
3. Para Dekan Fakultas Kedokteran/Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Negeri seluruh Indonesia
4. Para Kepala Dinas Kesehatan Provinsi /Kabupaten/Kota seluruh Indonesia
5. Para Calon Peserta Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi

**SURAT EDARAN**

**NOMOR HK.02.02/F/ 1143 /2023**

**TENTANG**

**REKRUTMEN BANTUAN BIAYA PENDIDIKAN**

**AFIRMASI DOKTER ATAU DOKTER GIGI**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2023**

Kementerian Kesehatan membuka peluang dan kesempatan kepada Putra Putri Indonesia berprestasi yang merupakan lulusan sekolah menengah atas atau bentuk lain yang sederajat dan mahasiswa kedokteran atau kedokteran gigi yang sedang menjalani program sarjana dan profesi dokter atau dokter gigi, untuk mengikuti Program Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter atau 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 atau Dokter Gigi diutamakan berasal dari Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) serta daerah yang direkomendasikan oleh Kementerian Kesehatan.

Calon peserta penerima Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi diusulkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota serta berkomitmen untuk melaksanakan masa pengabdian di daerah penugasannya. Pemerintah Daerah akan mendayagunakan setelah selesai pendidikan sesuai dengan kebutuhan pada puskesmas masing-masing.

Surat Edaran ini dimaksudkan untuk memberikan informasi rekrutmen bagi calon peserta dan pihak terkait Program Bantuan Biaya Pendidikan Afirmasi Dokter dan Dokter Gigi Kementerian Kesehatan tahun 2023.

Mengingat ketentuan:

1. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 132, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5434);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 78 Tahun 2014 tentang Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5598);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 173, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6391);
6. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 168/PMK/PMK.05/2015 tentang Mekanisme Pelaksanaan Anggaran Bantuan Pemerintah pada Kementerian Negara/Lembaga (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 723);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019, Nomor 1335);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2022 tentang Bantuan Biaya Pendidikan Kedokteran dan Fellowship (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1246);

Sehubungan dengan hal tersebut disampaikan hal sebagai berikut:

- A. Jenis Program Pendidikan
  - a. Kedokteran
  - b. Kedokteran Gigi

## B. Persyaratan peserta

1. Peserta Baru (0 Tahun):
  - a) Sudah mendaftar di Fakultas Kedokteran (FK) atau Fakultas Kedokteran Gigi (FKG) Negeri dituju tetapi belum lulus seleksi akademik;
  - b) Sudah mendaftar dan telah lulus seleksi akademik pada FK/FKG Negeri yang dituju.
2. Peserta *ongoing/partial* (mahasiswa sarjana atau profesi kedokteran/kedokteran gigi):
  - a) Sedang menjalankan pendidikan sarjana atau profesi kedokteran/kedokteran gigi dibuktikan dengan Surat Keaktifan/Kartu Rencana Studi(KRS)/ Kartu Hasil Studi (KHS) dari Institusi Pendidikan;
  - b) Untuk **peserta *ongoing* saat ditetapkan sebagai peserta** bantuan pendidikan afirmasi dokter atau dokter gigi **maksimal semester 9 pada September 2023.**
3. Tidak terikat pendanaan pendidikan dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta, maupun pihak lainnya;
4. Tidak menerima pendanaan pendidikan dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta, maupun pihak lainnya untuk komponen yang sama;
5. Memberikan surat pernyataan kuasa pengambilan STR kepada Menteri melalui Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan;
6. Bersedia melaksanakan masa pengabdian;
7. Memiliki BPJS kesehatan atau asuransi kesehatan lainnya;
8. Mendapatkan surat persetujuan mengikuti pendidikan dan pengabdian pasca pendidikan afirmasi dari suami/istri/wali/orangtua;
9. Tidak sedang:
  1. Dalam proses perkara pidana;
  2. Menjalani hukuman karena melakukan tindak pidana.
10. Calon Peserta mendaftar secara *online* melalui *webside* sistem informasi: [sibk.kemkes.go.id](http://sibk.kemkes.go.id).

## C. Mekanisme Rekrutmen

1. Mendaftar secara *online* dan mengunggah kelengkapan dokumen persyaratan sebagai berikut:

- a. Surat bukti mendaftar atau bukti lulus seleksi akademik di FK/FKG dari institusi pendidikan yang dituju (peserta baru);
- b. Surat bukti keaktifan/KRS/KHS semester terakhir dari FK/FKG (peserta *ongoing*);
- c. Surat keterangan lulus/Ijazah/daftar nilai SMA/ sederajat lainnya;
- d. Kartu keanggotaan BPJS kesehatan aktif atau asuransi kesehatan lainnya;
- e. Surat pernyataan yang ditandatangani oleh calon peserta dengan bermeterai 10.000 (lampiran 1);
- f. Surat sehat dari dokter di Fasyankes milik Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah;
- g. Pas foto terbaru ukuran 4x6 cm;
- h. Surat izin orangtua/wali (lampiran 2);
- i. Surat kuasa pengambilan Surat Tanda Registrasi (STR) dokter/dokter gigi bermeterai 10.000 (lampiran 3).

2. Seleksi administrasi:

Seleksi administrasi dilaksanakan secara berjenjang oleh tim Kementerian Kesehatan bersama dengan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan Provinsi.

- a. Kementerian Kesehatan memperoleh data kebutuhan dokter atau dokter gigi melalui SI SDM yang diisi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
- b. Dinas Kesehatan Provinsi melakukan verifikasi dan validasi kelengkapan berkas calon peserta yang sudah mendaftara secara *online*;
- c. Dinas Kesehatan provinsi mengunggah surat usulan nama-nama calon peserta yang lulus verifikasi tingkat Provinsi;
- d. Kementerian Kesehatan (Tim pusat) memverifikasi dan memvalidasi calon peserta yang sudah diusulkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi;
- e. Tim Pusat mengumumkan hasil kelengkapan berkas verifikasi dan validasi kepada calon peserta melalui *website*;
- f. Diberikan 2 hari setelah pengumuman hasil kelengkapan untuk masa sanggah bagi calon peserta melalui *website* dan email calon peserta;
- g. Setelah masa sanggah dilakukan pengumuman lulus seleksi administrasi tingkat pusat.

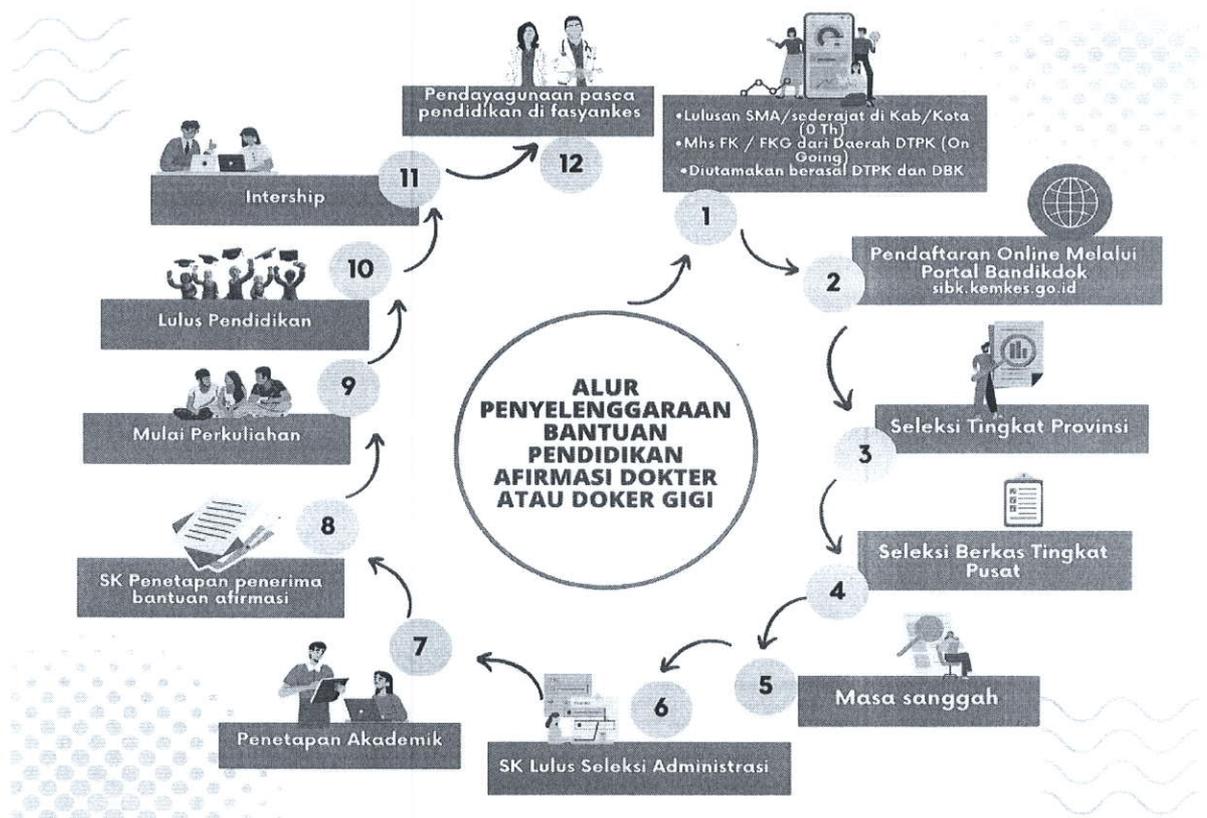
3. Seleksi akademik

Seleksi akademik dilakukan oleh institusi pendidikan penyelenggara program bantuan biaya pendidikan afirmasi dokter atau dokter gigi.

4. 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**



D. Pembiayaan

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

E. Pendidikan Penyelenggara

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

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jakarta

pada tanggal : 31 Mei 2023

DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN,



**ARIANTI ANAYA**

## JADWAL PELAKSANAAN

No	Kegiatan	Pelaksana	Waktu
1	Pengiriman Surat Edaran ke Dinkes Provinsi/Kabupaten/Kota	Tim Pusat/Kemenkes	22 Juni 2023
2	Sosialisasi Surat Edaran	- Kemenkes - Dinas Kesehatan Provinsi	23, 24, 25 Juni 2023
3	Pendaftaran online dibuka melalui alamat webside sibk.kemkes.go.id	Kemenkes	26 Juni-15 Juli 2023
4	Seleksi administrasi tingkat Dinas Kesehatan Provinsi	Dinas Kesehatan Provinsi	3-17 Juli 2023
	Seleksi administrasi tingkat Kementerian Kesehatan	- Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan - Unit eselon 1 Kementerian Kesehatan	18-31 Juli 2023
5	Pengumuman seleksi kelengkapan berkas administrasi	Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan	2 Agustus 2023
6	Masa sanggah calon peserta	- Calon peserta	3-4 Agustus 2023
7	Penetapan hasil seleksi administrasi tingkat Kementerian Kesehatan	- Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan	11 Agustus 2023
8	Konfirmasi kelulusan akademik	- Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan - Institusi Pendidikan	12-19 Agustus 2023
9	Penetapan SK Penerima Bantuan Pendidikan Afirmasi Dokter atau Dokter Gigi	- Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan	25 Agustus 2023
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. Setelah selesai mengikuti pendidikan afirmasi dokter atau dokter gigi saya bersedia ditempatkan di Puskesmas di kabupaten/kota.....Provinsi .....
10. Apabila kabupaten/kota dan/atau provinsi yang dipilih sebagaimana tersebut pada angka 9 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;
11. Apabila saya tidak melaksanakan pengabdian sebagaimana tersebut pada angka 9 dan 10, saya bersedia menjalankan sanksi sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan yang berlaku;
12. Memenuhi persyaratan/ketentuan yang ditetapkan oleh Institusi Pendidikan dan Kementerian Kesehatan;
13. 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

**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)

Yang Membuat pernyataan

MATERAI 10.000

ttd

(.....)

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