

BAB I PENDAHULUAN

I. Latar Belakang Masalah

Cita-cita bangsa Indonesia yang sekaligus merupakan tujuan nasional bangsa Indonesia tercantum jelas di dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Tujuan nasional tersebut adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, serta keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan nasional tersebut, diselenggarakan upaya pembangunan berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan menyeluruh, terarah, dan terpadu, termasuk di dalamnya adalah pembangunan kesehatan.

Pembangunan kesehatan di Indonesia pada hakekatnya merupakan upaya untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap Warga Negara Indonesia (WNI) agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, sehingga dapat membentuk dan menciptakan Sumber Daya Manusia (SDM) yang memiliki daya saing yang tinggi.¹ Dalam berbagai laporan pembangunan, kesehatan merupakan indikator utama yang mencerminkan kemajuan suatu negara. Dalam *Milenium Development*

¹Wiku Adisasmito, "Kesiapan Rumah Suku dalam Menghadapi Globalisasi", makalah (dipublikasikan): Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta, 2008, hal. 4-7.

Goals (MDGs) disebutkan tentang target pencapaian pembangunan kesehatan merupakan sasaran yang hendak dicapai pada tahun 2015.²

Salah satu penentu utama keberhasilan pembangunan kesehatan adalah terpenuhinya pelayanan kesehatan terhadap semua lapisan masyarakat. Sedemikian pentingnya pelayanan kesehatan, maka dalam UUD 1945 yang diamandemen, khususnya pada pasal 28H ayat (1):

"Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan."

Pencantuman hak atas pelayanan kesehatan bertujuan untuk menjamin hak-hak kesehatan yang fundamental seperti yang tercantum di dalam deklarasi hak-hak azasi manusia *"Health is a fundamental human right"*.

Demikian juga pada pasal 34 UUD 1945 ayat (3) disebutkan:

"Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak."

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa negara telah menempatkan kesehatan sebagai bagian dari kesejahteraan rakyat yang harus tersedia dan merata.³

Pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia menjadi asas bagi pemerintah dalam membuat kaidah-kaidah hukum mengenai penempatan tenaga kesehatan khususnya dokter dan dokter gigi untuk melakukan pelayanan kesehatan bagi tiap Warga Negara Indonesia (WNI). Ketentuan

² Andri. 2012. "Desa Siaga. Jembatan Menuju Indonesia Sehat 2015". Online, Internet, 23 Maret 2012 <http://kesehatan.kompasiana.com/medis/2012/02/01/desa-siaga-jembatan-menuju-indonesia-sehat-2015/>

³ Sunny Firdaus, "Hak Asasi Manusia Dalam Hukum Kesehatan di Indonesia", Makalah (dipublikasikan): Fakultas Hukum Universitas Diponegoro, Semarang, 2002. hal 1.

kaidah hukum ini diantaranya diatur di dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, pasal 26 ayat (1):

"Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan."

Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan pada pasal 6 :

"(1) Pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat.

(2) Pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan nasional tenaga kesehatan.

(3) Perencanaan nasional tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan faktor :

a. jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;

b. sarana kesehatan;

c. jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.

(4) Perencanaan nasional tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan oleh Menteri."

Dengan adanya ketentuan hukum mengenai peran Pemerintah dalam penempatan tenaga kesehatan di wilayah Indonesia, maka pemerataan tenaga kesehatan khususnya dokter dan dokter gigi di seluruh wilayah Indonesia dapat tercapai. Pencapaian tersebut dapat mewujudkan tujuan dari hakekat pembangunan kesehatan, yaitu menciptakan Sumber Daya Manusia (SDM) yang memiliki daya saing tinggi.

Namun, walaupun Pemerintah sudah membuat kebijakan hukum mengenai penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan, berdasarkan data KKI Tahun 2010, Pemerintah masih belum berhasil mewujudkannya. Dari data tersebut, penyebaran dokter dan dokter gigi masih terkonsentrasi di pulau Jawa dan Sumatra sedangkan

pulau-pulau di sebelah Timur Indonesia seperti Papua dan Ambon masih sangat sedikit ketersediaan dokter dan dokter gigi. Selain dari itu, berdasarkan data KKI Tahun 2010, Indonesia masih membutuhkan tenaga dokter dalam pencapaian pemerataan pelayanan kesehatan di wilayah Indonesia. Dengan adanya fenomena ini, maka menunjukkan ketidakberhasilan Pemerintah dalam kebijakan politik di bidang kesehatan (*Health Politics*), yang menuntut pemerintah untuk melakukan inovasi-inovasi kebijakan mengenai pencapaian dalam pembangunan kesehatan yang tersusun, menyeluruh, dan merata.

Pembangunan kesehatan di Indonesia pada saat ini selain dihadapkan oleh permasalahan pemerataan pelayanan kesehatan, juga mendapatkan suatu tantangan baru, yaitu globalisasi kesehatan.⁴ Globalisasi adalah peristiwa mendunia atau proses membuana dari keadaan lokal atau nasional yang lebih terbatas sebelumnya. Artinya, pembatasan antar negeri untuk perpindahan barang, jasa, modal, manusia, teknologi, informasi, pasar, dan banyak hal lain menjadi tidak berarti atau malahan hilang sama sekali.⁵

Globalisasi kesehatan muncul dengan adanya *Asean Free Trade Area* (AFTA), *Asia Pacific Economic Cooperation* (APEC), dan *General Agreement on Tarif and Trade/ World Trade Organization* (GATTWTO), dimana Indonesia sebagai salah satu anggota telah sepakat dan menyetujui bahwa pasar bebas khususnya untuk sektor perdagangan

⁴ Sutarman, "Tantangan Dunia Kesehatan di Era Perdagangan Bebas", www.sutarmanisme.wordpress.com, online, Internet 7 Mei 2012.

⁵ Wiku Adisasmito, *Loc Cit*, hal 1.

barang (*goods*) dan jasa (*services*) di kawasan negara-negara ASEAN sudah dimulai pada tahun 2003, sedangkan di kawasan Asia Pasifik diberlakukan mulai tahun 2010, dan selanjutnya kawasan dunia pada tahun 2020.⁶

Kondisi yang terjadi tersebut, memberikan dampak terhadap pelayanan kesehatan terhadap masyarakat, salah satunya yaitu dalam hal *health provider*, dimana Indonesia harus mempersiapkan diri untuk memasuki tahapan liberalisasi pasar tenaga kerja, khususnya untuk tenaga profesional, contohnya dokter dan dokter gigi. Dokter dan dokter gigi Warga Negara Asing (WNA) masuk ke Indonesia disebabkan oleh banyak faktor, salah satunya adalah peningkatan kebutuhan masyarakat Indonesia akan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas.⁷

Oleh karena itu, dibutuhkan peran dari *stakeholder*, karena hal ini terkait berbagai macam faktor, baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi ketahanan tenaga kerja kesehatan Indonesia untuk dapat bersaing di bidang pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan medis. Mekanisme pasar pada saatnya nanti membutuhkan keunggulan kompetitif di bidang pelayanan medis yang mengacu pada kebutuhan lokal dan berorientasi pada standar internasional.⁸ Produk-produk hukum berupa kebijakan-kebijakan tentang pengaturan tenaga medis dokter dan dokter gigi WNA yang dikeluarkan oleh pemerintah maupun oleh konsil

⁶ Sumarprahatingrum, 2006, *Penggunaan Tenaga Kerja Asing di Indonesia*, cet ke-1, Jakarta: HIPSMI, hal. 1-15.

⁷ Ahmad Djojosugito, 2001, *Kebijakan Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan Menyongsong AFTA 2003*, Cet ke-2, Jakarta: Pusat Data dan Informasi PERSI, hal 32-38.

⁸ Wiku Adisasmito, *Loc Cit* hal 15.

kedokteran, merupakan sikap pemerintah yang harus ditanggapi dengan serius oleh berbagai kalangan, khususnya kalangan medis Warga Negara Indonesia (WNI) untuk mencegah kesimpangsiuran mengenai penatalaksanaan penggunaan dan pemberdayaan tenaga medis WNA tersebut.

Dikutip dari media online www.today.co.id yang bertajuk Tenaga Medis Asing Bisa Tekan Menguapnya Devisa Negara, Kepala Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK), Prof. Dr. dr. Laksono Lantoro memuji langkah pemerintah untuk mengatur prosedur tenaga kesehatan asing masuk ke Indonesia. Meski saat ini menggunakan tenaga medis asing masih terus diperdebatkan, baginya, mendatangkan tenaga kesehatan asing bisa menarik masyarakat agar tidak lari berobat ke luar negeri dan memilih berobat di dalam negeri. Mendatangkan tenaga medis asing, menurutnya, selain mendapatkan transfer ilmu, kebijakan itu juga bisa menekan devisa yang lari keluar negeri.

Pada tahun 2010, Pemerintah mengeluarkan kebijakan mengenai prosedur pendayagunaan tenaga kesehatan asing di Indonesia, yaitu PERMENKES Nomor 317/MENKES/PER/III/2010 Tentang Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing (TK-WNA) di Indonesia. PERMENKES ini bertujuan untuk:

1. mengatur dan meregulasi TK-WNA sesuai hak, kewajiban, dan kewenangannya;
2. memberikan perlindungan tenaga kesehatan WNI; dan

3. Menciptakan keunggulan yang kompetitif di bidang pelayanan medis.

Undang-Undang Praktik Kedokteran Nomor 29 Tahun 2004 juga mengatur mengenai ketentuan administrasi dalam penerbitan STR bagi dokter dan dokter gigi WNA, yaitu pada pasal 30 sampai dengan pasal 32. Selain itu, Konsil mengatur pula ketentuan tentang dokter dan dokter gigi WNA, yaitu pada keputusan KKI Nomor 17/KKI/KEP/IV/2008 Tentang Pedoman Tata Cara Registrasi Sementara dan Registrasi Bersyarat Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Asing (WNA) serta Keputusan KKI Nomor 37/KKI/KEP/IX/2007 Tentang Pedoman Tata Cara Persetujuan Konsil Kedokteran Indonesia bagi Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Asing yang Akan Memberikan Pendidikan dan Pelatihan dalam rangka Alih Ilmu Pengetahuan dan Teknologi.

Pendayagunaan dokter dan dokter gigi WNA di Indonesia dapat dijadikan sebagai solusi bagi Pemerintah dalam pencapaian pemerataan pelayanan kesehatan bagi tiap Warga Negara Indonesia. Kekurangan tenaga dokter dan dokter gigi WNI dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat ditambahkan dari ketersediaan dokter dan dokter gigi WNA. Pemerataan pelayanan kesehatan merupakan pelaksanaan *good governance* Pemerintah dalam memberikan pelayanan yang prima, yaitu berdasarkan kesetaraan dan keadilan (*equity*). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang adil berarti penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang

adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.

Konsep keadilan terkandung pengakuan akan martabat manusia yang memiliki hak-hak yang sama yang bersifat asasi. Di dalam pelayanan kesehatan yang merata, konsep keadilan adalah yang bersifat sosial karena didasarkan atas prinsip hak asasi manusia dan egalitarianisme. Berbeda dengan konsep keadilan hukum yang biasanya dipaksakan dan berlakunya melalui proses hukum. Di dalam konsep keadilan sosial, Kebijakan-kebijakan Pemerintah dimaksudkan untuk menciptakan kesempatan yang lebih merata dari apa yang ada di dalam struktur masyarakat dan untuk menciptakan persamaan *outcome* yang dapat menanggulangi ketidakmerataan yang terbentuk sebagai akibat penerapan sistem keadilan prosedural.⁹

Untuk mengatasi ketidakadilan struktural itulah, maka diperlukan suatu pendekatan yang juga bersifat struktural, di samping pendekatan yang bersifat kultural. Pendekatan kultural dapat dilakukan melalui proses pendidikan dan penyadaran. Tetapi pendekatan demikian memerlukan waktu yang lama dan tidak dapat diandalkan dalam waktu cepat. Oleh karena itu, diperlukan suatu pendekatan struktural yang bersifat politik dan ekonomi. Kita memerlukan intervensi kekuasaan yang dapat memaksakan

⁹ Asshiddiqie, Jimly, "Pesan Konstitusional Keadilan Sosial", Makalah (dipublikasikan) : Fakultas Hukum Universitas Indonesia, Jakarta, 2011, hal 1-10.

kebijakan-kebijakan publik yang mengarahkan sistem kekuasaan politik yang demokratis, egalitarian, dan tidak feodal.¹⁰

Dari latar belakang di atas, penulis ingin membahas lebih mendalam tentang pendayagunaan tenaga medis dokter dan dokter gigi WNA dalam pelayanan kesehatan di Indonesia dan juga hubungan antara tenaga medis dokter dan dokter gigi WNA dalam hal pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia.

II. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian mengenai latar belakang tersebut di atas, maka dalam penelitian tesis ini dapat dirumuskan beberapa rumusan masalah, yaitu sebagai berikut :

1. Bagaimanakah pendayagunaan dokter dan dokter gigi WNA dalam bidang pelayanan kesehatan di Indonesia ?
2. Bagaimanakah dengan diberlakukannya ketentuan tentang tenaga Medis dokter dan dokter gigi WNA menyebabkan terpenuhinya asas pemerataan pelayanan kesehatan?

III. TUJUAN PENELITIAN

Dari perumusan masalah tersebut di atas, dapat dirumuskan beberapa tujuan dari penelitian ini, yaitu sebagai berikut :

¹⁰ Ibid, hal.6

1. Mendapatkan gambaran mengenai pendayagunaan dokter dan dokter gigi WNA dalam bidang pelayanan kesehatan di Indonesia.
2. Mendapatkan gambaran mengenai ketentuan tentang tenaga Medis dokter dan dokter gigi WNA dalam memenuhi asas pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia.

IV. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat akademis :

- a. Memberikan sumbangan pemikiran bagi Ilmu Hukum khususnya hukum kesehatan, yang permasalahannya selalu mengalami perkembangan seiring dengan perkembangan Ilmu kesehatan itu sendiri.
- b. Diharapkan dapat menjembatani antara kepentingan hukum tentang Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing (TK-WNA) dalam hal ini dokter dan dokter gigi WNA dan kepentingan pelayanan medis terhadap masyarakat di Indonesia untuk mencapai asas keadilan dan pemerataan pelayanan kesehatan.

2. Manfaat dari segi praktis :

- a. Bagi para penentu dan pembuat peraturan, diharapkan studi ini dapat dijadikan salah satu masukan dalam pengambilan kebijakan dibidang pelayanan medis.

- b. Bagi para tenaga kesehatan, studi ini dapat dijadikan bahan renungan dan kajian dalam memberikan pelayanan medis yang terbaik sesuai dengan standar profesi dan etika kedokteran terhadap pasien/ masyarakat.

V. Metode Penelitian

A. Spesifikasi Penelitian

Dalam penelitian ini, spesifikasi penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitis. Deskriptif analitis adalah membuat deskripsi atau gambaran secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta, sifat, dan hubungan antar fenomena atau gejala yang diteliti sambil menganalisisnya, yaitu mencari sebab akibat dari suatu hal dan menguraikannya secara konsisten dan sistematis serta logis.¹¹

Selanjutnya, spesifikasi penelitian deskriptif analitis ini digunakan untuk menganalisis, yaitu mencari sebab akibat dari permasalahan yang terdapat pada perumusan masalah dan menguraikannya secara konsisten, sistematis, dan logis sesuai dengan perumusan masalah yang menjadi fokus dalam penelitian ini, yaitu hubungan antara dokter dan dokter gigi Warga Negara Asing (WNA) dan asas pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia.

¹¹Moh. Nazir, 1985. *Metode Penelitian*, cet ke-1, Jakarta: Ghalia Indonesia, hal. 63, 72, 405, 406 & 427.

B. Metode Pendekatan

Penelitian tentang pendayagunaan dokter dan dokter gigi WNA di Indonesia dan Asas Pemerataan Pelayanan Kesehatan ini menggunakan pendekatan yang bersifat yuridis normatif, yaitu suatu cara meneliti dalam penelitian hukum yang dilakukan terhadap bahan pustaka atau data sekunder belaka dan dengan menggunakan metode berpikir deduktif serta kriterium kebenaran koheren.¹² Selanjutnya yang dimaksud dengan metode berpikir deduktif adalah cara berpikir dalam penarikan kesimpulan yang ditarik dari sesuatu yang sifatnya umum yang sudah dibuktikan bahwa dia benar dan kesimpulan itu ditujukan untuk sesuatu yang sifatnya khusus.¹³ Sedangkan yang dimaksud dengan kebenaran koheren (*the coherence theory of truth*), adalah suatu pengetahuan, teori, pernyataan, proposisi, atau hipotesis dianggap benar kalau sejalan dengan pengetahuan, teori, pernyataan, proposisi, atau hipotesis lainnya, yaitu kalau proposisi itu meneguhkan dan konsisten dengan proposisi sebelumnya yang dianggap benar.¹⁴

VI TEKNIK PENGUMPULAN DATA

A. Jenis Data

Jenis data yang dipergunakan dalam penelitian ini, yaitu data sekunder. Yang dimaksud dengan data sekunder yaitu data yang

¹² Wita Chandrawila Supriadi, *Metode Penelitian* (tidak dipublikasikan) dalam Materi Kuliah "Metode Penelitian Hukum" Program Pascasarjana Program Studi Magister Hukum Kesehatan Unika Soegijapranata, Semarang, 2006, hlm. 8.

¹³ Sedarmayanti & Syarifudin Hidayat, 2002, *Metodologi Penelitian*, Bandung: Mandar Maju, hal. 23.

¹⁴ A. Sonny Keraf & Mikhael Dua, 2001, *Ilmu Pengetahuan (Sebuah Tinjauan Filosofis)*, Yogyakarta: Kanisius, hal. 68.

diperoleh peneliti dari penelitian kepustakaan dan dokumentasi, yang merupakan hasil penelitian dan pengolahan orang lain, yang sudah tersedia dalam bentuk buku-buku atau dokumentasi yang biasanya disediakan di perpustakaan umum atau perpustakaan milik pribadi.¹⁵ Di dalam penelitian hukum, data sekunder tersebut meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tertier.¹⁶

Bahan hukum primer adalah bahan hukum yang terdapat dalam suatu aturan hukum atau teks otoritatif seperti peraturan perundang-undangan, putusan hakim, traktat, kontrak, keputusan tata usaha negara. Bahan hukum primer yang dipergunakan dalam penelitian ini terdiri dari peraturan perundang-undangan, misalnya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran, beserta Peraturan Pelaksanaan dari perundang-undangan tersebut yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 317/MENKES/PER/III/2010 Tentang Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing di Indonesia.

Bahan hukum sekunder adalah bahan hukum yang diperoleh dari buku teks, jurnal-jurnal asing, pendapat para sarjana, kasus-kasus hukum, serta simposium yang dilakukan para pakar hukum mengenai dokter dan dokter gigi Warga Negara Asing (WNA) dan asas pemerataan pelayanan kesehatan. Selain itu, dalam penelitian ini dipergunakan pula bahan hukum tertier.

¹⁵ Hilman Hadikusuma, 1995, *Metode Pembuatan Kertas Kerja atau Skripsi Ilmu Hukum*, Bandung: Mandar Maju, hal. 65.

¹⁶ Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji, 2001, *Penelitian Hukum Normatif (Suatu Tinjauan Sirkkat)*, Jakarta: Rajawali Pers, hal. 13.

Bahan hukum tersier adalah bahan hukum yang memberikan petunjuk atau penjelasan bermakna terhadap bahan hukum primer dan sekunder, seperti kamus hukum, ensiklopedia, dan lain-lain. Baik bahan hukum primer maupun bahan hukum sekunder diinventarisasi berdasarkan fokus permasalahan yang telah dirumuskan dalam perumusan masalah dan diklasifikasi menurut bidang kajiannya, agar memudahkan untuk menganalisisnya.

B. Metode Pengumpulan Data

Oleh karena data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang bersifat kualitatif, maka metode pengumpulan data yang dipergunakan adalah studi kepustakaan. Studi kepustakaan adalah suatu kegiatan (praktis dan teoritis) untuk mengumpulkan (inventarisasi), dan mempelajari (*learning*), serta memahami (reflektif, kritis dan sistematis serta logis) data yang berupa hasil pengolahan orang lain, dalam bentuk teks otoritatif (peraturan perundang-undangan, putusan hakim, traktat, kontrak, keputusan tata usaha negara, kebijakan publik, dan lainnya), literatur atau buku teks, jurnal, artikel, arsip atau dokumen, kamus, ensiklopedi dan lainnya yang bersifat publik maupun privat.

C. Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif normatif. Metode kualitatif normatif ini digunakan karena

penelitian ini tidak menggunakan konsep-konsep yang diukur/dinyatakan dengan angka atau rumusan statistik. Dalam menganalisis data sekunder tersebut, penguraian data disajikan dalam bentuk kalimat yang konsisten, logis dan efektif serta sistematis sehingga memudahkan untuk interpretasi data dan konstruksi data serta pemahaman akan analisis yang dihasilkan, yaitu mencari sebab akibat dari suatu masalah dan menguraikannya secara konsisten, sistematis dan logis sesuai dengan perumusan masalah yang menjadi fokus dalam penelitian ini, yaitu hubungan antara dokter dan dokter gigi Warga Negara Asing (WNA) dan asas pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia.

VI. Penyajian Tesis

Penulisan tesis ini terdiri dari 4 (empat) bab, yang penguraiannya akan dilakukan dengan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I : Bab ini merupakan Pendahuluan diuraikan mengenai gambaran secara umum materi yang akan dibahas, yaitu Latar Belakang Masalah, Perumusan Masalah, Tujuan Penelitian, Manfaat Penelitian, Metode Penelitian, Sistematika Penulisan, dan Jadwal Penelitian.

Bab II : Bab ini berisi uraian kerangka pemikiran dari tesis. Dalam bab ini diuraikan mengenai dokter dan dokter gigi WNA yang berisi uraian tentang pengertian dokter dan dokter gigi WNA, fungsi dokter dan dokter gigi WNA dan ruang lingkup. Setelah itu

diuraikan mengenai asas pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia yang berisi pengertian dan hakekat asas pemerataan pelayanan kesehatan, serta uraian mengenai unsur-unsur asas pemerataan pelayanan kesehatan.

Bab III : Bab ini akan menguraikan mengenai analisis permasalahan-permasalahan mengenai dokter dan dokter gigi WNA, pendayagunaan dokter dan dokter gigi WNA dalam bidang pelayanan kesehatan di Indonesia, asas pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia, serta hubungan antara dokter dan dokter gigi WNA dengan asas pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Bab IV : subbab penutup sebagai uraian kesimpulan dari tesis ini.

