



ARTIKEL RISET

URL artikel: <http://jurnal.fkm.umi.ac.id/index.php/woph/article/view/4>

MEMBANDINGKAN KETIMPANGAN KETERSEDIAAN TENAGA KESEHATAN  
PUSKESMAS DI WILAYAH INDONESIA TIMUR

<sup>K</sup>Nurul Hikmah B<sup>1</sup>, Harpiana Rahman<sup>2</sup>, Ayu Puspitasari<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muslim Indonesia

Email Penulis Korespondensi (<sup>K</sup>): [nurulhikmahb@umi.ac.id](mailto:nurulhikmahb@umi.ac.id)

[nurulhikmahb@umi.ac.id](mailto:nurulhikmahb@umi.ac.id)<sup>1</sup>, [harpianarahman@umi.ac.id](mailto:harpianarahman@umi.ac.id)<sup>2</sup>, [ayupuspitasari@umi.ac.id](mailto:ayupuspitasari@umi.ac.id)<sup>3</sup>

(081241604640)

ABSTRAK

Tenaga kesehatan merupakan prioritas utama dalam kesuksesan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Indonesia memiliki tantangan dalam meningkatkan jumlah tenaga kesehatan yang terlatih untuk memenuhi tuntutan yang berkembang. Departemen Kesehatan telah menggunakan beberapa pendekatan dalam menentukan kebutuhan staf, menggunakan proyeksi berdasarkan status kesehatan masyarakat, perubahan demografi dan program kesehatan yang ada. Penelitian ini bertujuan untuk mengamati penyebaran tenaga kesehatan puskesmas terhadap ketimpangan ekonomi rumah tangga di wilayah Indonesia Timur, sehingga pemerintah dapat menangani secara serius dan tegas terhadap permasalahan distribusi tenaga kesehatan, khususnya daerah yang sulit dijangkau. Penelitian ini merupakan penelitian jenis kuantitatif dengan desain rancangan penelitian *cross sectional*. Menggunakan data sekunder skala besar dari *Indonesia Family Life survey (IFLS) East*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi ketimpangan distribusi tenaga kesehatan antara puskesmas yang berada di wilayah dengan tingkat ekonomi rumah tangga tinggi dan rendah lokasi geografis berdasarkan perkotaan/pedesaan dan keterpencilan bahkan provinsi. Puskesmas di wilayah Indonesia Timur lebih banyak mengalami kekosongan tenaga khususnya dokter dan bidan, juga rendahnya jumlah tenaga kesehatan masyarakat membuktikan bahwa pelayanan kesehatan primer yang berorientasi pada promotif dan preventif terabaikan. Optimalisasi peran pemerintah sebagai regulator dan fasilitator yang lebih memfokuskan dan membantu daerah yang kekurangan tenaga kesehatan khususnya provinsi Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Papua Barat yang lebih banyak mengalami kekurangan tenaga kesehatan masyarakat bahkan kekosongan tenaga dokter dan bidan.

Kata kunci: Distribusi; tenaga kerja kesehatan; puskesmas; ekonomi rumah tangga

**PUBLISHED BY :**

Pusat Kajian dan Pengelola Jurnal  
Fakultas Kesehatan Masyarakat UMI

**Address :**

Jl. Urip Sumoharjo Km. 5 (Kampus II UMI)  
Makassar, Sulawesi Selatan.

**Email :**

[jurnal.woph@umi.ac.id](mailto:jurnal.woph@umi.ac.id)

**Phone :**

+62 853 9504 1141

**Article history :**

Received 21 Januari 2020

Received in revised form 21 Januari 2020

Accepted 25 Januari 2020

Available online 14 Februari 2020

licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).



---

**ABSTRACT**

*Health is a top priority in success in achieving health development goals. Indonesia has a challenge in increasing the number of trained health workers to meet growing demands. The Ministry of Health has used several approaches to determine staffing needs, using projections based on public health status, demographic changes and existing health programs. This study aims to observe the distribution of puskesmas health workers to household economic inequality in Eastern Indonesia, so that the government can deal seriously and decisively with problems in the distribution of health workers, especially in areas that are difficult to reach. This research is a quantitative type of research with cross sectional research design. Using large-scale secondary data from the Indonesia Family Life survey (IFLS) East. The results of this study indicate that there is an imbalance in the distribution of health workers between puskesmas in areas with high household economic levels and low geographical locations based on urban / rural and even provincial remoteness. Health centers in Eastern Indonesia experience more labor vacancies, especially doctors and midwives, as well as low numbers of community health workers proving that primary health services oriented to promotion and prevention are neglected. Optimizing the role of the government as a regulator and facilitator who is more focused and helping regions that lack health workers, especially in the provinces of East Nusa Tenggara, Maluku and West Papua, which are experiencing a shortage of public health workers and even a vacancy of doctors and midwives*

*Keywords: Distribution; health workers; primary health care; household economy.*

---

**PENDAHULUAN**

Tenaga kerja merupakan input yang paling penting untuk setiap sistem kesehatan dan juga memiliki dampak yang kuat pada sistem kinerja kesehatan secara keseluruhan.<sup>1</sup>Data Riset Fasilitas Kesehatan menyebutkan bahwa dari 8.980 puskesmas di Indonesia hampir seluruh puskesmas ada tenaga dokter (95.8%) namun masih ada puskesmas yang tidak memiliki tenaga dokter (4.2%). Puskesmas tanpa keberadaan dokter masih dominan di wilayah Indonesia Timur khususnya di Papua dan Papua Barat sampai lebih 16% dari jumlah puskesmas yang ada. Beberapa provinsi dimana 10-15% dari puskesmas masih tidak ada tenaga dokter. Sementara perawat yang tersebar di wilayah Indonesia seperti di NTB, Sulawesi Tenggara, Gorontalo dan Papua juga masih ada kisaran 1-3 puskesmas yang tidak ada tenaga perawat. Puskesmas yang tidak memiliki bidan juga terdapat di daerah Papua (20.1%), Papua Barat (5.8%) dan Maluku (6.8%). Puskesmas yang tidak ada tenaga kesehatannya seharusnya tidak terjadi jika distribusinya bisa merata di seluruh puskesmas.<sup>2</sup>

Mulai tahun 1980-an Departemen Kesehatan telah menggunakan beberapa pendekatan untuk menentukan kebutuhan staf, menggunakan proyeksi berdasarkan status kesehatan masyarakat, perubahan demografi dan program kesehatan yang ada. Awal pendekatan adalah dengan menggunakan standar minimum untuk kebutuhan staf, misalnya, satu dokter untuk setiap puskesmas. Namun, hal ini secara luas dianggap tidak praktis karena tidak mencerminkan kebutuhan yang sebenarnya.<sup>3</sup>

Pendistribusian dan penempatan dengan prinsip keadilan dan pemerataan pelayanan merupakan wewenang dari pemerintah sesuai dengan amanat Pasal 26 Undang-undang Kesehatan No.36 Tahun 2009. Idealnya, tenaga kesehatan terdistribusi dengan baik sehingga memenuhi kecukupan rasio yang ditentukan, tetapi permasalahan umum yang dihadapi saat ini adalah distribusi yang tidak merata atau berimbang yang dikenal dengan istilah maldistribusi.

Banyak negara menghadapi "krisis sumber daya manusia untuk kesehatan" yang melibatkan tiga dimensi: ketersediaan, yang berkaitan dengan penyediaan tenaga kesehatan yang berkualitas; distribusi,

yang berkaitan dengan perekrutan dan retensi tenaga kesehatan di mana kehadiran mereka yang paling membutuhkan; dan kinerja, yang berhubungan dengan produktivitas pekerja kesehatan dan kualitas pelayanan yang menyediakan petugas kesehatan.<sup>4</sup>

Ada beberapa kekuatan (faktor *push* dan *pull*) yang mempengaruhi penyebaran tenaga kerja. Kekuatan pendorong untuk tantangan tenaga kerja kesehatan menggambarkan dan menjelaskan sejauh mana dan alasan terjadinya krisis tenaga kerja di beberapa wilayah.<sup>5</sup>Sejauh mana tenaga kesehatan dapat ditarik dan ditahan tergantung pada dua aspek yang saling terkait: faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keputusan petugas kesehatan untuk menerima dan tinggal; dan strategi yang digunakan oleh pemerintah untuk merespon faktor-faktor tersebut.<sup>6</sup>

Penelitian ini bertujuan untuk mengamati situasiketimpangan distribusi tenaga kesehatan yang ditempatkan di puskesmas terhadap ekonomi rumah tangga di wilayah tersebut, khususnya daerah yang sulit dijangkau dengan menggunakan data skala besar dari *Indonesia Family Life survey* (IFLS) East yang dipublikasikan oleh RAND Corporation bekerjasama denganSurvey METER atas nama TNP2K, PRSF, dan AusAID.

## METODE

Penelitian ini menggunakan data sekunder skala besar dari *Indonesia Family Life survey* (IFLS) East 2012 yang diambil melalui website Survey Meter, dilakukan di 7 provinsi wilayah Indonesia Timur, yang terdiri dari: Provinsi Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Timur, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua. Unit analisis dari penelitian ini adalah wilayah puskesmas di wilayah Indonesia Timur data IFLS East 2012. Analisis data tentang ketimpangan distribusi tenaga kesehatan terhadap ekonomi rumah tangga, menggunakan program STATA versi 12.1 di tujuh Provinsi wilayah Indonesia Timur.

## HASIL

Berdasarkan hasil penelitian ini yang dilaksanakan di puskesmas wilayah Indonesia Timur, data menunjukkan tenaga dokter dan bidan adalah jenis tenaga kesehatan yang belum terdistribusi dengan baik bahkan terjadi kekosongan tenaga di beberapa puskesmas di wilayah Indonesia Timur.

Karakteristik responden mayoritas adalah rumah tangga dengan tingkat ekonomi rendah. Secara umum karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi frekuensi berdasarkan variabel penelitian di Puskesmas Wilayah Indonesia Timur Tahun 2012

Variabel	n	%
Ketersediaan tenaga kesehatan :		
Dokter		
Ada	70	72.16
Tidak ada	27	27.84
Bidan		
Ada	79	81.44
Tidak ada	18	18.56
Status Ekonomi Rumah Tangga :		
Status ekonomi rendah	49	50.52
Status ekonomi tinggi	48	49.48
Lokasi geografis berdasarkan perkotaan/pedesaan :		
Pedesaan	59	60.82
Perkotaan	38	39.18
Provinsi :		
Sumatera Tenggara Timur	14	14.43
Sumatera Selatan Timur	14	14.43
Sumatera Barat Tenggara	14	14.43
Sumatera Utara	14	14.43
Sumatera Barat	14	14.43
Papua	14	14.43
Maluku	13	13.40

Dari tabel 1 menunjukkan tenaga dokter dan bidan adalah jenis tenaga kesehatan yang belum terdistribusi dengan baik bahkan terjadi kekosongan tenaga di beberapa puskesmas di wilayah Indonesia Timur. Gambaran distribusi tenaga kesehatan berdasarkan tingkat ekonomi rumah tangga ditinjau dari status ekonomi rumah tangga di wilayah kerja puskesmas menunjukkan bahwa penyebaran puskesmas di daerah dengan status ekonomi rumah tangga tinggi maupun rendah sudah hampir merata penyebarannya.

Berdasarkan lokasi geografis pada tabel di atas, proporsi jumlah puskesmas yang berada di lokasi pedesaan sudah cukup tinggi dibandingkan dengan lokasi perkotaan. Hal ini membuktikan bahwa pemerintah sudah lebih serius dalam hal pembangunan infrastruktur untuk memperbaiki derajat kesehatan masyarakat di pedesaan wilayah Indonesia Timur.

Tabel 2. Hasil Uji Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Wilayah Indonesia Timur

Variabel	n	Ketimpangan Tenaga Kesehatan di Puskesmas					
		Dokter			Bidan		
		Ada (%)	Tidak ada (%)	OR (95% CI)	Ada (%)	Tidak ada (%)	OR (95% CI)
Status Ekonomi :							
Rendah	49	61.2	38.7	3.2 (1.1-8.5)*	67.3	32.6	11.1 (2.1-
Tinggi	48	83.3	16.6		95.8	4.1	58.6)**
Lokasi Geografis berdasarkan perkotaan/pedesaan :							
Pedesaan	59	55.9	44.0	29.1(2.8-	69.4	30.5	._**
Perkotaan	38	97.3	2.6	294.0)**	100.0	0	
Provinsi :							
Maluku	13	53.8	46.1		69.2	30.7	
Sulawesi Tenggara Timur	14	64.2	35.7	1.5 (0.3-7.5)	85.7	14.2	2.6(0.3-19.3)
Kalimantan timur	14	92.8	7.1	11.1(0.8-153.9)*	92.8	7.1	5.7 (0.4-71.3)
Sulawesi Tenggara	14	92.8	7.1	11.1(0.8-153.9)*	92.8	7.1	5.7 (0.4-71.3)
Maluku Utara	14	78.5	21.4	3.1 (0.5-18.5)	78.5	21.4	1.6 (0.2-9.6)
Sulawesi Barat	14	50.0	50.0	0.8 (0.1-4.0)	71.4	28.5	1.1 (0.2-5.9)
Papua	14	71.4	28.5	2.1 (0.4-11.1)	78.5	21.4	1.6 (0.2-9.6)

Berdasarkan tingkat status ekonomi rumah tangga, kekosongan tenaga dokter dan bidan masih didominasi di daerah yang memiliki status ekonomi rendah (38.7%). Nilai signifikansi menunjukkan bahwa berdasarkan tingkat status ekonomi rumah tangga, ada hubungan yang bermakna secara statistik terhadap ketersediaan tenaga kesehatan dokter dan bidan. Data ini membuktikan bahwa daerah dengan status ekonomi masyarakat yang rendah sulit mendorong dan menarik tenaga kesehatan untuk bekerja di wilayah tersebut. Penumpukan tenaga kesehatan masih terlihat di daerah dengan status ekonomi tinggi.

Ketimpangan dalam distribusi tenaga kesehatan juga didorong oleh pembagian berdasarkan perkotaan dan pedesaan, terlihat kesenjangan terhadap pendistribusian tenaga dokter dan bidan. Puskesmas di pedesaan masih mengalami kekosongan tenaga dokter yang cukup tinggi (44.0%). Berbeda dengan puskesmas di daerah perkotaan, hampir seluruh puskesmas memiliki tenaga dokter, bahkan untuk tenaga bidan, semua puskesmas tidak mengalami kekosongan tenaga.

Pada level provinsi, berdasar pada Provinsi Maluku Urban yang ditetapkan oleh BPS September 2012, hanya provinsi Kalimantan Timur dan Sulawesi Tenggara yang menunjukkan distribusi tenaga dokter dan bidan yang cukup baik. Data membuktikan bahwa pendistribusian tenaga kesehatan juga memperhitungkan wilayah provinsi sebagai lokasi pemilihan penempatan tenaga kesehatan.

## PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa ada ketimpangan yang terjadi dalam penyebaran tenaga kesehatan di puskesmas wilayah Indonesia Timur bahkan beberapa puskesmas mengalami kekosongan tenaga kesehatan baik dokter maupun bidan. Hal ini terlihat dari ketidaktersediaan distribusi tenaga kesehatan antara puskesmas yang berada di wilayah dengan tingkat status ekonomi rumah tangga yang rendah dan tinggi, lokasi geografis berdasarkan perkotaan dan pedesaan bahkan pada level provinsi

tenaga kesehatan juga turut memperhitungkan dalam memilih lokasi penempatan. Sejumlah puskesmas memiliki ketersediaan tenaga kesehatan yang rendah serta tingkat kemiskinan tinggi dilihat dari status ekonomi rumah tangga.

Pada era JKN saat ini, puskesmas yang mengalami kekosongan tenaga dokter mengakibatkan rendahnya pendapatan dan kapitasi yang diterima sehingga mengakibatkan puskesmas tidak mampu berkembang. Strategi pemerintah yang saat ini diberlakukan dalam mendistribusikan tenaga kesehatan di wilayah Indonesia Bagian Barat, juga diterapkan di wilayah Indonesia Timur, akibatnya kesenjangan semakin melebar.

Kekurangan tenaga kerja kesehatan juga menjadi salah satu masalah yang di hadapi di Negara Zambia, bahkan tingkat kekosongan yang lebih tinggi. Persentase ketersediaan tenaga dokter sekitar 62% dan bidan sekitar 53%. Antara tahun 1990 dan 2004, Zambia mengalami eksodus dokter. Untuk mencegah lebih banyak dokter meninggalkan negara, pemerintah meningkatkan upah dokter sebesar 16% antara 2007 dan 2011, sekitar 15 kali lebih tinggi dari rata-rata pendapatan per kapita dan lebih tinggi dari profesi lain dengan tingkat pendidikan yang sama, seperti pengacara.<sup>7</sup>

Berdasarkan lokasi geografis, tenaga kesehatan juga lebih tertarik bekerja di lokasi perkotaan yang memberikan keuntungan sosial, budaya dan profesionalisme. Lokasi perkotaan juga menawarkan lebih banyak kesempatan untuk berkarir, pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik bagi tenaga kesehatan. Selain itu, posisi pekerjaan dengan status rendah sering didapatkan bagi tenaga kesehatan yang bekerja di daerah pedesaan dan terpencil, sehingga tenaga kesehatan lebih memilih untuk menetap di lokasi perkotaan.<sup>8</sup>

Penerapan kebijakan dan manajemen SDM yang kuat merupakan inti dari setiap solusi untuk keberlanjutan kinerja sistem kesehatan. Dalam penelitian Varpilah (2011), merekomendasikan tiga intervensi kebijakan untuk mempertahankan perawat di daerah pedesaan. Pertama adalah perekrutan mahasiswa dari daerah pedesaan dan mengekspos kondisi kerja di pedesaan selama pelatihan. Kedua, pilihan biaya yang paling efektif adalah dengan memberikan US \$ 50 bonus untuk perawat yang bekerja di daerah pedesaan. Hal ini akan meningkatkan jumlah perawat untuk bersedia bekerja di daerah pedesaan. Intervensi ketiga adalah penyediaan sarana transportasi di daerah pedesaan.<sup>9</sup>

Beberapa kebijakan telah dilaksanakan untuk mengatasi maldistribusi dan inefisiensi tenaga kesehatan seperti pelatihan tenaga kesehatan setempat, menyediakan tunjangan, dan pemberian beasiswa untuk meningkatkan pasokan tenaga kesehatan di daerah yang kurang terlayani dan pedesaan. Untuk menjamin akses yang adil ke layanan berkualitas bagi seluruh penduduk, ada kebutuhan untuk menghilangkan inefisiensi tenaga kerja kesehatan dan pemborosan sumber daya, dengan meningkatkan produktivitas dan kinerja petugas kesehatan.<sup>10</sup>

## KESIMPULAN DAN SARAN

Sistem puskesmas yang baik bisa menjembatani kesenjangan ekonomi dalam kesehatan, namun rendahnya jumlah tenaga kesehatan bahkan kekosongan tenaga khususnya dokter dan bidan membuktikan bahwa pelayanan kesehatan primer yang berorientasi pada promotif dan preventif di daerah dengan status ekonomi rendah terabaikan. Tenaga kesehatan lebih tertarik memilih bekerja di daerah perkotaan dengan tingkat status ekonomi yang lebih baik yang memberikan keuntungan sosial, budaya dan profesionalisme.

Tindakan yang diambil seharusnya multifaset, tidak hanya sektor luas, tetapi juga masyarakat luas dan didukung oleh pemangku kebijakan baik pemerintah pusat, provinsi maupun daerah. Optimalisasi peran pemerintah sebagai regulator dan fasilitator yang lebih memfokuskan dan membantu daerah yang kekurangan tenaga kesehatan khususnya provinsi Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Papua Barat yang lebih banyak mengalami kekurangan tenaga kesehatan. Pemetaan distribusi tenaga kesehatan juga penting sebagai acuan, untuk melihat sejauh mana fasilitas kesehatan yang menjadi ujung tombak pembangunan kesehatan masyarakat dapat berfungsi dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Rigoli, F. & Dussault, G. The Interface Between Health Sector Reform and Human Resources in Health. *Hum. Resour. Health* **12**, 1–12 (2003).
2. Rifaskes. Laporan Akhir Riset Fasilitas Kesehatan 2011. 1–671 (2011).
3. world Bank. Investing in Indonesia's Health: Challenges and Opportunities for Future Public Spending. *Heal. Public Expend. Rev.* 2008 1–156 (2008).
4. Mcpake, B., Maeda, A., Araújo, C., Lemiere, C. & Maghraby, E. Why do health labour market forces matter? *Bull. World Health Organ.* 841–846 (2013).
5. Lehmann, U., Dieleman, M. & Martineau, T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv. Res.* **8**, 1–10 (2008).
6. BAPPENAS. Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan. *Direktorat Kesehat. dan Gizi Masy. Deputi Bid. SDM dan Kebud. BAPPENAS* (2005).
7. Sousa, A. *et al.* Health labour market policies in support of universal health coverage: a comprehensive analysis in four African countries. *Hum. Resour. Health* **12**, 55 (2014).
8. Dussault, G. & Franceschini, M. C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum. Resour. Health* **4**, 12 (2006).
9. Varpilah, S. T. *et al.* Rebuilding human resources for health: A case study from Liberia. *Hum. Resour. Health* **9**, (2011).
10. Sousa, A., Scheffler, R. M., Nyoni, J. & Boerma, T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bull. World Health Organ.* **91**, 892–894 (2013).