



# JNPH

Volume 11 No. 1 (April 2023)

© The Author(s) 2023

## OPTIMALISASI PEMERATAAN SDM KESEHATAN DI INDONESIA

## OPTIMIZING EQUITABLE DISTRIBUTION OF HEALTH HUMAN RESOURCES IN INDONESIA

MARIA TRI DIANI, ROSTIKA FLORA, RIZMA ADLIA SYAKURAH  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT, UNIVERSITAS SRIWIJAYA  
PALEMBANG, SUMATERA SELATAN, INDONESIA

Email: [rostikaflora@gmail.com](mailto:rostikaflora@gmail.com)

### ABSTRAK

Pendahuluan: SDM Kesehatan merupakan salah satu bagian yang perlu diperhatikan di Indonesia. SDM kesehatan terjadi karena standar konsistensi yang rendah dari tenaga kesehatan meskipun fakta bahwa Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan pemeliharaan kesejahteraan tenaga kesehatan/SDM kesehatan untuk membangun sirkulasi aset kesejahteraan yang adil. Dalam subsistem dan eksekutif SDM kesehatan, pemeliharaan tenaga kesehatan adalah dengan memperhatikan tingkat kesejahteraan SDM kesehatan, di mana hal ini sangat penting agar SDM kesehatan yang terampil dan ahli dapat terus bekerja untuk jangka waktu yang lama. Metode: Strategi yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik literature review. Dalam tulisan ini, informasi yang digunakan adalah informasi opsional. Informasi opsional menggunakan informasi yang diperoleh dari item kueri sumber tulisan yang didapat melalui indeks web, seperti peneliti google, buku harian bersumber dari Mendeley dan Google Scholar dan buku harian kesejahteraan. Hasil dan Pembahasan: Dalam pemeliharaan kesejahteraan SDM kesehatan merupakan salah satu masalah dalam subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan karena kelangsungan SDM kesehatan untuk tinggal dan bekerja di daerah yang jauh untuk mengoptimalkan Pemerataan SDM Kesehatan di Indonesia. Kesimpulan: Penelitian ini menunjukkan bahwa pemeliharaan tenaga kesehatan merupakan isu yang diusung oleh multifaktor dan mencakup multisektor sehingga tidak ada lagi maldistribusi sumber SDM kesejahteraan antara wilayah metropolitan (Perkotaan) dan di daerah terpencil.

**Kata Kunci:** Optimalisasi, SDM, Kesehatan

### ABSTRACT

Intoduction: Human Resources for Health is one part that needs attention in Indonesia. Health human resources occur because of the low consistency standards of health workers despite the fact that the World Health Organization (WHO) stipulates maintenance of the welfare of health workers/health human resources to establish a fair circulation of welfare assets. In the health HR sub-system and executive, the maintenance of health personnel is by paying attention to the

welfare level of health human resources, where this is very important so that skilled and expert health human resources can continue to work for a long period of time. Method: The strategy used in this study is the literature review technique. In this paper, the information used is optional information. Optional information uses information obtained from written resource query items obtained via web indexes, such as Google Research, Mendeley and Google Scholar sourced diaries and wellness diaries. Result and Discussion: Maintaining the welfare of health human resources is one of the problems in the Health Human Resources subsystem because of the continuity of health human resources to live and work in remote areas to optimize the distribution of health human resources in Indonesia. Conclusion: his study shows that the maintenance of health personnel is an issue that is carried out by multifactors and includes multisectors so that there is no longer a maldistribution of welfare human resources between metropolitan (urban) areas and in remote areas.

**Keywords: Optimization, SDM, Health**

## **PENDAHULUAN**

Sejak berdirinya Sistem Kesehatan Nasional, otoritas publik terus berupaya untuk meningkatkan sistem kesehatan yang bersifat administrasi di semua pusat pelayanan kesehatan di Indonesia. Salah satu titik fokus utama pusat pelayanan kesehatan dalam mengembangkan kualitas lebih lanjut di pusat pelayanan kesehatan adalah administrasi SDM kesehatan. Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat, dikatakan bahwa peningkatan kinerja SDM kesehatan merupakan tujuan akhir dalam bekerja sehingga harus memadai dalam jumlah, jenis, dan kualitas, serta diseminasi secara adil dan merata sesuai kebutuhan peningkatan kesehatan (Shofiah et al., 2019).

Peningkatan kesehatan masyarakat merupakan salah satu prioritas yang diutamakan dan merupakan tujuan akhir untuk mencapai tujuan negara Indonesia. Untuk melakukan peningkatan kesehatan, pusat-pusat pelayanan kesehatan melakukan pertemuan dan bersama-sama merencanakan Sistem Kesehatan Nasional (SKN), dengan mendirikan dewan kesehatan yang dikoordinasikan oleh semua bagian negara Indonesia untuk saling mendukung. SKN dalam menangani pengelolaan berbagai kondisi medis di Indonesia, dengan beberapa metodologi yang dipartisi menjadi beberapa subsystem, salah satu subsystem ini adalah subsystem SDM kesehatan. SDM kesehatan

adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan utama) dan staf pendukung yang terlibat dan bekerja, serta berkomitmen dalam upaya kesehatan yang dinaungi oleh dewan kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). SDM Kesejahteraan adalah salah satu subsystem dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang mengambil bagian penting dalam pelaksanaan upaya kesehatan dan pencapaian Universal Health Coverage (UHC) dan Sustainable Development Goals (SDGs) (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, 2019). Salah satu sistem dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) tahun 2005-2025 adalah penguatan SDM di bidang kesehatan terutama pemerataan tenaga kesehatan (Komasawa et al., 2019).

Seperti yang dituangkan dalam "Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, ini menetapkan bahwa SDM kesehatan adalah tenaga kesehatan yang terlibat dan bekerja dengan mendedikasikan diri mereka dalam upaya kesehatan dan eksekutif". Pusat Pelayanan Kesehatan adalah tempat yang memberikan administrasi kesehatan misalnya, klinik medis, fasilitas kesehatan, pusat terapi medik, dan pusat terapi khusus. "Kehadiran klinik darurat di Indonesia sendiri telah berkembang sebesar 12,86% dari tahun 2016-2020. Pusat-pusat aktual pada tahun 2020, sesuai informasi, terdapat 11.347 fasilitas di

Indonesia yang dimiliki oleh otoritas publik dan wilayah setempat, yang terdiri dari 10.239 fasilitas penting dan 1.108 fasilitas dasar". Kuantitas SDM kesehatan di Indonesia pada tahun 2020 di atas 1.464.453 individu yang terdiri dari 1.073.678 tenaga kesehatan (74,30%) dan 391.773 tenaga pendukung kesehatan (27,71%) (Primadi & Ma'ruf, 2020). Melihat area topografi, tenaga kesehatan juga lebih tertarik untuk bekerja di wilayah perkotaan yang memberikan keuntungan sosial dan ahli. Wilayah perkotaan juga menawarkan akses yang lebih terbuka untuk profesi, instruksi, dan pekerjaan yang lebih baik bagi tenaga kesehatan. Terlebih lagi, penghasilan yang rendah rendah sering didapat oleh tenaga kesehatan yang bekerja di daerah pedesaan dan jauh, sehingga tenaga kesehatan lebih memilih bekerja di daerah perkotaan yang nyaman (Dussault & Franceschini, 2006).

Dalam pengaturan eksekutif adalah pekerjaan organisasi untuk memutuskan aktivitas cerdas dengan memberikan pilihan pilihan di kemudian hari melalui interaksi yang tepat. Sesuai Green A (1999) dalam (Jia, Peng Cao, et al., 2021), mengatur di area kesehatan diurutkan menjadi dua jenis. Jenis utamanya adalah pengaturan tindakan yang terhubung dengan mengatur jadwal dan sistem yang dapat diperiksa untuk eksekusi sebelum gerakan dijalankan. Jenis selanjutnya adalah alokasi yang mengelola dinamika yang terkait dengan bagaimana aset harus dialokasikan agar tepat sasaran dan sesuai rencana. Pengaturan alokasi semacam ini sebagian besar digunakan di bidang kesehatan. Gagasan ini diubah menjadi strategi publik untuk mengatur kebutuhan SDM kesehatan oleh otoritas publik sebagai rencana yang tepat untuk kepuasan dan situasi Sumber Daya Manusia Kesehatan mengingat jenis administrasi kesehatan dan kantor yang diperlukan dengan jenis dan jumlah yang sesuai. Pengaturan yang tepat memungkinkan kemampuan kerja yang tepat untuk diketahui mendapatkan keharmonisan antara pasokan dan tanggung jawab tenaga kesehatan (Yang & Dong, 2014).

Dalam penelitian (Mobaraki et al., 2013) menyatakan bahwa "ada perbedaan yang terjadi dalam penyebaran tenaga kesehatan di puskesmas di Indonesia, dan yang mengejutkan beberapa puskesmas mengalami kekurangan tenaga kesehatan seperti dokter spesialis terutama dokter spesialis kandungan di daerah yang jauh". "Hal ini dilihat dari tidak meratanya tenaga kesehatan antar puskesmas yang terletak di daerah-daerah dengan derajat status ekonomi keluarga yang rendah dan tinggi, daerah topografi dalam pandangan daerah perkotaan dan pedesaan bahkan pada tingkat umum tenaga kesehatan juga mempertimbangkan dalam memilih posisi daerah ". "Berbagai puskesmas memiliki aksesibilitas yang rendah terhadap tenaga kesehatan dan tingginya tingkat kemiskinan terkait status keuangan keluarga"(Pullawach Arjyotha a & Vorapoj Promasatayaprot b, 2021).

Berdasarkan (Husain et al., 2006) menyatakan Sifat tenaga kesehatan akan dilihat dari korelasi tenaga klinis dan non-klinis. Tenaga kesehatan klinis terdiri dari spesialis seperti spesialis gigi, spesialis bedah, spesialis kandungan, ahli gizi dan tenaga klinis lainnya. Tenaga kesehatan non-klinis terdiri dari pekary, staf manajerial dan lain-lainnya. Dispersi dipandang adil ketika penyampaian pekerjaan utilitarian antara masyarakat perkotaan setara dengan kota. Diseminasi SDM kesehatan yang adil merupakan isu penting dalam peningkatan kesejahteraan di Indonesia. Jumlah, kualitas, dan sirkulasi adalah komponen mendasar untuk membuat kualitas, tidak memihak, dan kualitas kesehatan yang penting dengan tujuan bahwa pelaksanaan kesehatan yang sangat ideal. Indonesia adalah negara kepulauan yang terdiri dari pulau-pulau besar dan kecil. Isu penyebaran SDM kesehatan yang tidak merata sebagaimana dimaksud seperti di pulau-pulau yang jauh, pulau-pulau eksternal, dan daerah batas, sehingga SDM kesehatan di beberapa wilayah ini masih belum terpenuhi (Misnaniarti et al., 2018).

Ketidaktertarikan tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah yang jauh merupakan

masalah yang masih belum bisa diatasi dan merupakan penyebab ketidakmerataan SDM kesehatan di daerah terpencil di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Indonesia yang merupakan negara kepulauan memiliki masalah tersendiri dalam meratakan SDM Kesehatan untuk kemajuan kesehatan, khususnya dalam kesejahteraan para tenaga kesehatan di pusat pelayanan kesehatan, khususnya di daerah yang jauh, pulau-pulau eksternal dan daerah-daerah yang mempengaruhi kualitas dan penerimaan terhadap administrasi tenaga kesehatan yang tidak ideal (Masango et al., 2008). Mengingat “Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah, desentralisasi menyebabkan pertukaran kekuatan dari pemerintah fokus ke badan legislatif lingkungan, mengingat untuk daerah kesehatan”. Legislatif terdekat untuk situasi ini memiliki kekuatan dan kewajiban penuh dalam mengarahkan area kesehatan di tempat mereka, mengingat untuk administrasi tenaga kesehatan (Romadhona & Siregar, 2018).

Akibatnya, legislatif lingkungan harus memiliki opsi untuk merencanakan kantor administrasi kesehatan di daerah mereka, yang dapat digunakan sebagai alasan untuk mengatur kebutuhan tenaga kesehatan. Pada periode sentralisasi, kesejahteraan para tenaga kesehatan sepenuhnya merupakan kewajiban pemerintah dan harus menjadi perhatian, namun di masa desentralisasi ini ada "kekuatan berbagi" antara fokus pemerintah dan pemerintah terdekat (Romadhona & Siregar, 2018). Karena portabilitas tenaga kesehatan pada umumnya akan bekerja di wilayah perkotaan dan tidak memiliki keinginan untuk bekerja untuk rentang waktu yang signifikan di daerah terpencil, sehingga pemerintah tertarik untuk mengeksplorasi dan membandingkan pemeliharaan tenaga kesehatan antara wilayah perkotaan dan daerah pedesaan (Jia, Cao, et al., 2021). Korelasi ini berarti melihat perspektif yang mempengaruhi perbedaan dalam perpindahan tenaga kesehatan di dua daerah yang berbeda ini sehingga cenderung terkonsentrasi pada metode yang paling mahir untuk

meningkatkan dan sirkulasi SDM kesehatan yang tidak memihak di Indonesia.

Mengingat maksud di atas, penulis tertarik untuk meneliti tentang "Optimalisasi Pemerataan SDM Kesehatan di Indonesia" dimana SDM kesehatan di antara wilayah perkotaan dan wilayah pedesaan di Indonesia terjadi ketidakmerataan tenaga kesehatan.

## **METODE PENELITIAN**

### **Jenis Penelitian**

Dalam penelitian ini para peneliti menggunakan metode *literature review* dimana peneliti menelusuri penelitian-penelitian terdahulu dengan melakukan survei penulisan. Survei penulisan tersebut merupakan klarifikasi spekulasi, penemuan dan materi eksplorasi lainnya yang didapat dari bahan referensi untuk dimanfaatkan sebagai bentuk usaha penelitian (Cahyono et al., 2019). Audit penulisan ini sangat penting dan digunakan dalam melakukan penggabungan yang diselesaikan dengan mengungkapkan kata-kata yang berbeda dari berbagai tulisan yang diperoleh. Konsentrat ini juga menggunakan penyelidikan yang berbeda, yang merupakan pengukuran yang akan digunakan untuk memecah informasi yang ada dengan menggambarkan informasi yang telah dikumpulkan dan tujuan akan dibuat untuk masyarakat umum.

### **Subjek dan Situasi Penelitian**

“Penelitian ini menggunakan subjek yaitu SDM kesehatan di Indonesia. Penelitian ini lebih fokus pada pemerataan SDM kesehatan di Indonesia sehingga peneliti menggunakan sebuah studi *Sistematicliteratur review* untuk mencakup semua”.

### **Sumber Informasi**

“Untuk data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan data sekunder. Sumber informasi dari penulisan

jurnal, artikel, buku, laporan serta Web yang berkaitan dengan penelitian ini”.

### **Instrument Penelitian**

Para peneliti menggunakan strategi tinjauan tertib PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review) yang mencakup ID, penyaringan, penggabungan, dan pencapaian mengingat penemuan artikel yang kemudian dipecah. Artikel yang memenuhi aturan akan dievaluasi untuk mendapatkan informasi yang terkait dengan pelaksanaan aset manusia kesejahteraan dewan. Semua penemuan sehubungan dengan pelaksanaan kesehatan akan dicatat dan diperkenalkan bersama dengan klarifikasi cerita.

### **Tahap Penelitian dan Analisis Data**

Identifikasi dan Eksplorasi penelitian ini untuk menganalisis Optimalisasi Pemerataan SDM Kesehatan di Indonesia. Selanjutnya, para peneliti menetapkan beberapa keadaan sebelum memulai pencarian tulisan, khususnya:

- 1) Persyaratan munculnya gagasan Mengoptimalkan pemerataan SDM kesehatan yang setara di Indonesia.
- 2) Pengembangan pemikiran yang berhubungan dengan Optimalisasi Pemerataan SDM Kesehatan yang diterapkan di wilayah perkotaan dan wilayah pedesaan.

Setelah pembedahan pembuktian selesai dalam mencari semua artikel logis yang dirujuk diperoleh dari Mendeley, Google Scholar, WHO, Kemenkes Dan Sumber lain yang memenuhi persyaratan dengan tahun terbatas tujuan 2011-2022. Setelah proses pencarian penulisan, para peneliti melakukan penyaringan dan memutuskan model dengan bantuan aplikasi Mendeley, untuk mengetahui refleksi dari 30 tulisan dan mereview untuk mengetahui hubungan antara topik yang ditemukan. Tulisan yang telah memenuhi syarat akan diambil inti dan di eksplorasi sehingga karya dapat dibentuk. Penelitian ini dapat membedakan isu sebagai

hubungan sebab akibat antara setidaknya dua faktor. Penelitian ini dapat mengenali atau kesempatan sebagai variabel yang bergantung dan memimpin pemeriksaan terhadap faktor bebas.

## **HASIL PENELITIAN**

### **SDM Kehatan Indonesia**

Optimalisasi pemerataan adalah penerahan tenaga yang efisien yang dilakukan oleh pemerintah untuk membangun dan memberdayakan pada pusat pelayanan kesehatan yang dapat menampung perwakilan yang diharapkan dengan menangani kebutuhan tenaga kerja yaitu tenaha kesehatan. Pemeliharaan kerja adalah rentang waktu antara mulai bekerja dan berhenti bekerja (Mckown, 2007; Nair, 2009) dalam penelitian (Ramadhanti, 2021). Pemeliharaan tenaga kesehatan dicirikan sebagai pekerjaan tanpa henti dari pekerja kesejahteraan yang berbakat dan berguna (World Health Organization, 2020)

Di Indonesia, tidak ada pengaturan yang jelas dalam hal pemeliharaan tenaga kesehatan baik itu tenaga spesialis dan tenaga kesehatan lainnya hingga saat ini. Bagaimanapun, sekarang ada” strategi tenaga kesehatan dengan perjanjian bagi tenaga kesehatan sebagai motivator untuk daerah yang jauh atau peningkatan daerah yang sangat terpencil. Salah satu pedoman sebagai rujukan adalah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1235/MENKES/SK/XII/2007 tentang Pemberian Insentif bagi Sumber Daya Manusia Kesehatan yang Melaksanakan Tugas Khusus dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NOMOR 156/Menkes/SK/I/2010 tentang Pemberian Insentif bagi Tenaga Kesehatan dalam Rangka Penugasan Khusus di Puskesmas daerah terpencil”(Romadhona & Siregar, 2018)

Mengingat dampak pemeriksaan dengan strategi investigasi tanggung jawab, hal ini menunjukkan bahwa terdapat kontras tanggung jawab antara puskesmas di wilayah

perkotaan dan pedesaan. Tenaga kesehatan diperlukan di perkotaan dan wilayah pedesaan (Organization, 2016). Tenaga kesehatan di wilayah pedesaan lebih banyak dibutuhkan karena masih banyak terdapat kekosongan tenaga kesehatan di wilayah pedesaan. Dalam hal ini puskesmas di wilayah pedesaan belum memiliki sistem pengaturan dalam penerimaan tenaga kesehatan di wilayah pedesaan sehingga tenaga kesehatan tidak mau untuk dipindahkan ke wilayah pedesaan (H.C., 2014). Daerah perkotaan dengan fasilitas kesehatan yang lengkap dan akses yang baik dengan jumlah penduduk yang tinggi akan menarik lebih banyak tenaga kesehatan klinis. Mengingat hal ini, pemerintah mengatur bahwa akan ada lebih banyak tenaga kerja klinis di kota (Mobaraki et al., 2013).

Apresiasi yang didapat oleh tenaga kesehatan berbeda saat bekerja di daerah perkotaan dan daerah pedesaan karena para pimpinan benar-benar melihat kinerja para tenaga kesehatan. SDM kesehatan sebenarnya bersedia ditempatkan dimanapun wilayah kerjanya tetapi harus didukung oleh fasilitas yang memadai dan upah yang sesuai. (Mobaraki et al., 2013)

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi SDM Kesehatan seperti yang ditunjukkan oleh (Palembangan et al., 2015) faktor-faktor yang mempengaruhi pemeliharaan tenaga kesehatan antara lain:

- a. Tingkat Makro (Sistem Kesehatan)  
Misalnya, mengatur dan menggunakan tenaga kesehatan, arahan, strategi, dll.
- b. Tingkat Mikro (Fasilitas Kesehatan atau Tempat Kerja)  
Misalnya, perlengkapan dan perlengkapan kerja, rekanan, lingkungan kerja, dll.
- c. Karakteristik Individu dan Kondisi Hidup  
Misalnya, orientasi, usia, status suami-istri, budaya, dll.

Beberapa variabel berbeda yang berdampak pada pemeliharaan tenaga kesehatan adalah sebagai berikut (Kay et al., 2012)

- a. Perbedaan Koordinasi antar Kementerian Kesehatan, Provinsi dan Kabupaten

tentang Standar Pelayanan Kesehatan di Perkotaan, Pedesaan dan Daerah Terpencil.

Dalam melaksanakan administrasi kesehatan di pedesaan dan daerah terpencil, strategi tentang norma-norma administrasi kesehatan yang didefinisikan dengan baik untuk daerah terpencil ditegaskan oleh prinsip-prinsip kantor dan yayasan dengan mempertimbangkan keadaan topografi domain. Prinsip-prinsip ini harus dibuat mengingat pendekatan pada norma-norma layanan medis yang tidak ambigu dan pedoman tenaga kesehatan yang utama.

- b. Pola Rekrutmen dan Orientasi Tenaga Kesehatan di Pedesaan dan Daerah Terpencil.

Sejauh ini pemerintah masih mengembangkan lebih lanjut strategi pendaftaran bagi tenaga spesialis yang sedang berlangsung dengan tujuan bahwa itu dapat mengikat tenaga kesehatan yang baru lulus dengan sengaja untuk ditetapkan di pedesaan dan daerah terpencil sehingga tidak secara langsung mencari tugas di wilayah perkotaan. Strategi pendaftaran tenaga kesehatan baru menggabungkan dukungan yang disengaja untuk ditetapkan di pedesaan dan daerah terpencil menggunakan sistem dari jangka menengah dan sementara hanya lulus. Terlebih lagi, keahlian dapat diperoleh melalui persiapan bagi tenaga kesehatan yang telah ditetapkan.

- c. Kurikulum Berbasis Kompetensi Tenaga Kesehatan di Pedesaan dan Daerah Terpencil.

Strategi tentang kemampuan yang jelas berdasarkan prinsip-prinsip rencana pendidikan untuk tenaga kesehatan di pedesaan dan daerah terpencil untuk organisasi yang bertanggung jawab atas sekolah dan mempersiapkan tenaga kesehatan sebagai tim dengan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dalam persyaratan dalam rencana pendidikan pelatihan yang tepat dari tenaga kesehatan. Sama sekali tidak

seperti wilayah perkotaan, kepuasan ekstra dari rencana pendidikan di pedesaan dan daerah terpencil akan membuat komitmen positif dalam menciptakan lulusan yang memiliki keterampilan eksplisit untuk mengatasi masalah perawatan medis.

d. Manajemen SDM Kesehatan

Sosialisasi pengaturan penataan yang terkonsentrasi tentang pengaturan aturan untuk kebutuhan tenaga kesehatan di daerah terpencil yang tidak ambigu dinyatakan dalam “Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/Menkes/SKI/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit, yang menggabungkan macam-macamnya, jumlah dan kemampuan yang dibutuhkan sebagai bundel (keahlian dicampur) dengan mempertimbangkan masalah geologis, spasial dan ketebalan pekerja kesejahteraan per lokal”.

e. Jaminan Karir pasca penugasan dan Pengembangan Profesional

Untuk mengatasi masalah kesejahteraan tenaga kesehatan di Pedesaan dan daerah terpencil, diperlukan pengaturan yang menjamin kesejahteraan tenaga kesehatan dan peningkatan keterampilan setelah tugas di pedesaan dan daerah terpencil yang terkait dengan lamanya jangka waktu tugas yang bersangkutan. Strategi ini harus menggabungkan kejelasan sertifikasi untuk berubah menjadi pegawai pemerintah, dan sertifikasi peluang untuk melanjutkan dengan instruksi ke tingkat yang lebih signifikan. Sementara itu, di wilayah perkotaan terbuka akses dan peluang bisnis yang luar biasa bagi tenaga kesehatan sangat luas dan ditegakkan oleh kemajuan globalisasi yang belum terhubung ke daerah yang jauh.

### **Analisis Perbedaan SDM Kesehatan di Daerah Perkotaan dan Pedesaan**

Tenaga kesehatan yang tinggal di pedesaan dan daerah terpencil sebagian besar mengalami masalah mendapatkan administrasi kesehatan yang berkualitas. Ini karena keadaan geologi, geografi, transportasi, penerimaan korespondensi, peningkatan tingkat keterpurukan penduduk, dan berbagai masalah sosial lainnya yang mereka hadapi. Menurut Cushway dalam ulasan (Suharmiati et al., 2012) ada beberapa perbedaan dalam pemeliharaan tenaga kesehatan di wilayah perkotaan, termasuk:

a. Upah dan jabatan

Perbedaan upah dan jabatan bagi tenaga kesehatan yang bekerja di wilayah metropolitan dan di daerah pedesaan adalah kemiripan upah dan gaji yang didapat.

b. Pengakuan dan Prospek

Apresiasi yang didapat oleh tenaga kesehatan berbeda saat bekerja di wilayah perkotaan dan pedesaan karena pimpinan harus benar-benar melihat presentasi kinerja tenaga kesehatan untuk memberikan apresiasi terhadap kinerja kerjanya. Tenaga kesehatan yang benar-benar bekerja di tempat mana pun yang mungkin ditegakkan dengan kemampuan berbakat untuk posisi yang lebih tinggi. Meskipun demikian, kemampuan membangun posisi di daerah pedesaan sulit diperoleh oleh tenaga kesehatan.

c. Keadaan kerja

Keadaan kerja yang tidak menguntungkan membuat tenaga kesehatan umumnya akan memutuskan untuk bekerja di wilayah perkotaan dibandingkan dengan di daerah pedesaan yang jauh.

d. Work (Kerja)

Pimpinan harus bisa mengatasi masalah individu adalah dengan memberikan minat dan kesempatan yang berbeda untuk belajar dan berkembang, namun di daerah pedesaan yang jauh ini sulit ditemukan akibatnya menyebabkan kekecewaan bagi tenaga kesehatan sehingga memutuskan untuk berhenti bekerja dan kemudian kembali ke wilayah

- perkotaan.
- e. Promosi dan Pilihan
- Pendaftaran dan pemilihan tenaga kesehatan diselesaikan dengan hati-hati baik secara adat maupun dengan cara yang mutakhir. Di wilayah perkotaan, jalannya kemajuan, pendaftaran, dan pilihan terjadi semakin metodis dan terkoordinasi, namun melewati mekanisme penentuan yang sulit sangat menantang. Sama sekali tidak seperti halnya dengan daerah pedesaan yang jauh, proses pendaftaran dan penentuan terjadi semakin adil dan efektif dengan alasan bahwa hal itu didorong oleh aset kesehatan terbatas yang dapat diakses, namun interaksi kemajuan secara umum akan lebih lama.
- f. Harapan
- Dalam pekerjaan, tenaga kesehatan harus memiliki keinginan untuk maju dan mendapatkan kompensasi atas pekerjaan yang mereka lakukan. Di wilayah perkotaan biasanya asumsi-asumsi ini agar dapat dipenuhi, namun di daerah pedesaan yang jauh asumsi-asumsi ini menantang untuk dipenuhi karena tidak adanya aset moneter yang dialokasikan untuk tenaga kesehatan .
- g. Beban Kerja
- Berbagai macam kemampuan yang didominasi oleh tenaga kesehatan menjadi kebanggaan individu dan berpikir bahwa pekerjaan mereka signifikan secara mental memiliki arti penting untuk pekerjaan. Di wilayah perkotaan, penyebaran tenaga kesehatan secara umum mengalami kelebihan, membawa adanya keseriusan dan kepercayaan diri tenaga kesehatan karena tanggung jawab yang lebih serius, maka gagasan ahli tentang tenaga kesehatan juga dipengaruhi oleh topografi lokal, entri langsung, motivasi tinggi dan remunerasi yang didapat. Sementara itu, SDM kesehatan di pedesaan dan daerah terpencil mengalami kekurangan tenaga kesehatan karena tenaga kesehatan lebih fokus berkerja daerah perkotaan.

## PEMBAHASAN

“Berdasarkan hasil studi literatur di atas, implementasi SDM kesehatan di fasilitas kesehatan masih belum optimal, dilihat dari adanya kekurangan dan ketidakmerataan SDM kesehatan yang ada di fasilitas kesehatan”. “Kekurangan SDM kesehatan mengakibatkan penempatan kerja bagi tenaga kesehatan tidak sesuai dengan disiplin ilmu yang mereka kuasai sehingga terdapat tenaga kesehatan yang harus memegang 3-4 pekerjaan, dimana seharusnya tiap tenaga kesehatan hanya memegang satu pekerjaan. Pada umumnya di fasilitas kesehatan tenaga yang masih belum mencukupi seperti tenaga ahli gizi, sanitasi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, dan kefarmasian”. “Hal itu diakibatkan karena adanya penerapan desentralisasi yang mengakibatkan tidak meratanya SDM kesehatan di fasilitas kesehatan khususnya di pedesaan dan daerah terpencil, serta fasilitas kesehatan juga sulit merekrut tenaga kesehatan yang dibutuhkan (Palembangan et al., 2015)”.

Keberagaman jenis keterampilan yang dikuasai oleh tenaga kesehatan menjadi kebanggaan pribadi dan menganggap bahwa pekerjaannya penting secara psikologis memiliki arti terhadap pekerjaan. Di daerah perkotaan, distribusi tenaga kesehatan cenderung bertumpuk dan berlimpah, sehingga menyebabkan kurangnya rasa kompetitif dan semangat tenaga kesehatan karena beban kerja yang lebih ringan, kemudian sifat profesionalisme tenaga kesehatan juga dipengaruhi oleh geografis daerah, kemudahan akses, tingginya insentif dan kompensasi yang didapatkan. Sementara itu, tenaga kesehatan yang ada di pedesaan dan daerah terpencil memiliki beban pekerjaan ganda “(*Multitasking*)”. Alasan utama penugasan ganda adalah jumlah SDM yang kurang (Nurlinawati & Putranto, 2020).

“Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di pedesaan dan daerah terpencil membutuhkan kebijakan tentang standar pelayanan kesehatan yang spesifik untuk



daerah terpencil yang didukung oleh standar sarana dan prasarana dengan mempertimbangkan kondisi geografis wilayah. “Standar ini harus disusun berdasarkan kebijakan tentang standar pelayanan kesehatan spesifik dan standar tenaga kesehatan strategis (Yang & Dong, 2014)”. “Dalam hal peningkatan retensi tenaga kesehatan, pemerintah sudah melakukan berbagai upaya dalam menyalurkan pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan terutama di pedesaan dan daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan Upaya pemberian insentif bagi dokter, bidan desa, perawat dan tenaga kesehatan lainnya bisa menjadi alternatif untuk merangsang tenaga kesehatan untuk bersedia ditempatkan di daerah tersebut. Besaran insentif ini tentu harus dilakukan secara proporsional sehingga disatu sisi merangsang nakes untuk siap mengabdikan, di sisi lain juga menyesuaikan kemampuan dari anggaran pemerintah” (Ró, 2020).

Upaya lain yang dilakukan untuk pemerataan tenaga kesehatan yaitu dengan mengintensifkan kembali program-program pengabdian oleh tenaga kesehatan seperti program wajib profesi dan program Pegawai Tidak Tetap bagi dokter-dokter baru. Pemerintah pusat juga dapat memfasilitasi pemenuhan kebutuhan dengan mencetak institusi-institusi pendidikan yang terstandar sehingga dapat mencetak lebih banyak lagi lulusan tenaga kesehatan. Sedangkan pemerintah daerah dapat berupaya mengalokasikan anggaran dalam bentuk beasiswa bagi putra daerah untuk mengabdikan di daerahnya masing-masing (Wulandari & Laksono, 2019).

Kebijakan penempatan “Dokter, Dokter Gigi, dan Bidan Pegawai Tidak Tetap (PTT)” merupakan salah satu upaya Kementerian Kesehatan di lingkungan Pemda untuk menyelesaikan permasalahan distribusi SDM kesehatan yang tidak merata. “Kebijakan ini berdasarkan Keppres No. 37 Tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter Sebagai Pegawai Tidak Tetap Selama Masa Bakti dan Keppres No. 23 Tahun 1994 tentang Pengangkatan Bidan Sebagai Pegawai Tidak

Tetap. Melalui kedua peraturan tersebut penempatan tenaga strategis Dokter, Dokter gigi dan Bidan PTT telah diatur mulai dari masa kerja, lama penugasan, sampai dengan kriteria penempatannya” (D. S. Ramadhanti, 2021).

“Para dokter dan Bidan PTT dikirimkan untuk memperkuat pelayanan primer dan sekunder seperti Puskesmas dan Rumah Sakit. “Penrekrutan PTT adalah secara person to person, tidak secara tim”. Setelah ditetapkannya “Keputusan Presiden Nomor 25 Tahun 2018 menjadi kabar baik bagi 4.143 tenaga kesehatan PTT yang pada 2016 lalu telah mengikuti tes CPNS. Para peserta berusia setinggi-tingginya 40 tahun dapat diangkat menjadi calon pegawai negeri sipil (CPNS) di lingkungan pemerintah daerah” (Mahendradhata et al., 2017). Hal tersebut merupakan salah satu solusi dalam menyelesaikan ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan khususnya di daerah terpencil (Daerah Terpencil) dengan memberi apresiasi kepada peserta PTT yang telah mengabdikan selama bertahun-tahun menjadi Nakes di daerah terpencil (Daerah Terpencil) (Primadi & Ma’ruf, 2020)”.

“Pemerataan tenaga kesehatan jelas bukan hanya tanggung jawab pemerintah pusat, tetap juga tanggung jawab pemerintah daerah. Sinergisme antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah seharusnya dapat mengatasi ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan, perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang tepat menjadi acuan dalam pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan di Indonesia”. “UU nomor 36 Tahun 2014 pasal 23 menyebutkan bahwa penempatan tenaga kesehatan oleh pemerintah atau pemerintah daerah dilaksanakan dengan cara penugasan khusus”. “Sejak 2015 Kemenkes RI melakukan program penempatan tenaga kesehatan yang komprehensif, yakni Nusantara Sehat”.

“Nusantara Sehat merupakan upaya kesehatan terintegrasi mencakup aspek preventif, promotif, dan kuratif melalui penugasan khusus tenaga kesehatan berbasis tim dengan jumlah dan jenis tertentu guna

meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan di daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) serta daerah Bermasalah Kesehatan (DBK)”. “Program ini bertujuan mewujudkan pelayanan kesehatan primer yang dapat dijangkau oleh setiap anggota masyarakat, terutama oleh mereka yang berada di wilayah-wilayah terpencil di berbagai pelosok Nusantara. Pelaksanaannya dilakukan dengan Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Berbasis Tim (*Team Based*) yang dikirim ke terpencil” (Aminulloh et al., 2020).

“Di samping itu, melalui program Palapa Ring, Kemenkominfo juga bertujuan untuk meningkatkan akses masyarakat yang terpinggirkan dan yang berada di pinggiran negeri, yang juga bermanfaat untuk kesehatan masyarakat (Leski Rizkinaswara, 2020)”. “Belum semua masyarakat Indonesia menikmati pelayanan kesehatan, terutama bagi mereka yang tinggal di pedesaan dan daerah tepencil, tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK)”. “Pemenuhan tenaga kesehatan (Nakes) melalui program Nusantara Sehat (NS) untuk DTPK diperlukan agar masyarakat di daerah terpencil mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik”.

“Oleh karena itu, program Nusantara Sehat (NS) diharapkan dapat menjadi salah satu upaya mengurangi kesenjangan kesehatan di daerah. Salah satunya dengan mengirimkan tenaga kesehatan melalui program Nusantara Sehat ke pedesaan, daerah terpencil, daerah perbatasan, tertinggal dan kepulauan (DTPK) dan daerah bermasalah kesehatan (DBK)”. “Nusantara Sehat diharapkan dapat mengisi kekurangan-kekurangan terkait kesehatan di DTPK dan DBK (Kemenkes RI, 2019)

## KESIMPULAN

SDM Kesehatan adalah salah satu masalah dalam subsistem SDM Kesehatan yaitu tenaga kesehatan karena tenaga kesehatan tidak mau untuk tinggal dan bekerja di pedesaan dan daerah terpencil.

SDM kesehatan adalah tenaga kesehatan (tenaga kesehatan utama) dan fakultas pendukung kesejahteraan yang terlibat dan bekerja, dan berkomitmen dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan bersama dewan kesehatan. Ada beberapa faktor yang membuat tenaga kesehatan di wilayah perkotaan lebih tinggi dari pada di daerah pedesaan, misalnya, bobot kerja, asumsi, kompensasi, gaji, motivasi, kemajuan, proses pendaftaran dan pilihan, persiapan kerja, konfigurasi posisi, keadaan kerja, kantor, dan asumsi.

## SARAN

Diharapkan pemerintah melakukan percepatan dan optimalisasi dalam berbagai upaya untuk meningkatkan kesejahteraan tenaga kesehatan, salah satunya adalah meningkatkan fondasi program Nusantara Sehat, yang melibatkan sistem tugas luar biasa bagi tenaga kesehatan. Dengan didukung juga oleh Kementerian Informasi dan Informatika dalam membingkai sistem Palapa Ring untuk mengedarkan data sehingga pelayanan kesehatan semakin seragam didapat oleh masyarakat umum.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aminulloh, A., ILMIAH, P. A.-K. J., & 2021, undefined. (2020). Literatur Review: Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Dalam Ekonomi Saat Pandemi Covid 19 Melanda Indonesia. *Ejurnal.Swadharma.Ac.Id*. <http://ejurnal.swadharma.ac.id/index.php/kompleksitas/article/view/142>
- Cahyono, E. A., Sutomo, & Harsono, A. (2019). Literatur Review: Panduan Penulisan dan Penyusunan. *Jurnal Keperawatan*, 12.
- Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4(February 2006).

- <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>  
H.C., van R. (2014). South Africa's protracted struggle for equal distribution and equitable access - still not there. *Human Resources for Health*, 12, 26. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=24885691>
- Husain, I., Hasanbasri, M., & Soetjipto, H. P. (2006). Kualitas dan Kuantitas Tenaga Kesehatan Puskesmas Studi Distribusi Desa-Kota dan Regional Analisis Data SAKERTI 2000. Working Paper Series, 18, 1–22.
- Jia, H., Cao, P., Yu, J., Zhang, J., Jiang, H., Zhao, Q., & Yu, X. (2021). Article a new perspective for improving the human resource development of primary medical and health care institutions: A structural equation model study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052560>
- Jia, H., Peng Cao, Jianxing Yu, Zhang, J., Jiang, H., Zhao, Q., & Xihe Yu. (2021). A New Perspective for Improving the Human Resource Development of Primary Medical and Health Care Institutions: A Structural Equation Model Study. *Int J Environ Res Public Health*, 18(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph18052560>
- Kay, B., Roger, A., & Ifrancis, A. (2012). Journal of Health Organization and Management Motivation and retention of health workers in Ghana 's district hos ... Related papers.
- Komasawa, M., Yuasa, M., Shirayama, Y., Sato, M., Komasawa, Y., & Alouri, M. (2019). Impact of the village health center project on contraceptive behaviors in rural Jordan: A quasi-experimental difference-in-differences analysis. *BMC Public Health*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7637-9>
- Leski Rizkinaswara. (2020). Palapa Ring. <https://aptika.kominfo.go.id/2020/01/palapa-ring/>
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., MArthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2017). The Republic of Indonesia Health System Review (Vol. 7, Issue 1).
- Masango, S., Gathu, K., & Sibandze, S. (2008). Retention strategies for Swaziland's health sector workforce: Assessing the role of non-financial incentives. *Training*, December, 1–30.
- Misnaniarti, M., Hidayat, B., Pujiyanto, P., Nadjib, M., Thabrany, H., Junadi, P., Besral, B., Purwoko, B., Trihono, T., & Yulaswati, V. (2018). Ketersediaan Fasilitas dan Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Cakupan Semesta Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, September, 6–16. <https://doi.org/10.22435/jpppk.v1i1.425>
- Mobaraki, H., Hassani, A., Kashkalani, T., Khalilnejad, R., & Chimeh, E. E. (2013). Equality in Distribution of Human Resources: the Case of Iran's Ministry of Health and Medical Education. *Iran J Public Health*, 42(1), 161–165.
- Morasae EK, Forouzan AS, Majdzadeh R, Asadi-Lari M, Noorbala AA, Hosseinpoor AR. Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: a concentration index decomposition approach. *Int J Equity Health*. 2012;11(1):18.
- Nithiapinyasakul A, Arora R, Chamnan P. Impact of a 20-year collaborative approach to increasing the production of rural doctors in Thailand. *Int J Med Educ*. 2016;7:414–416.
- Nurlinawati, I., & Putranto, R. H. (2020). Faktor-Faktor Terkait Penempatan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Daerah Terpencil/Sangat Terpencil. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 4(1), 31–38. <https://doi.org/10.22435/jpppk.v4i1.3312>
- Organization, W. H. (2016). Global strategy on human resources for health:

- Workforce 2030. Who, 64. [https://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1)
- Palemangan, P., Rantetampang, A. L., & Pongtiku, A. (2015). Factors Affecting the Performance of Non-Permanent Medical Health Employees in the Bintang Mountains, Papua. *Core.Ac.Uk*, 24, 51–64. <https://core.ac.uk/download/pdf/249334932.pdf>
- Primadi, O., & Ma'ruf, A. (2020). Health Information Systems. In Boga Hardhana, F. Sibuea, & Winne Widiyanti (Eds.), *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* (Vol. 48, Issue 1). <https://doi.org/10.1524/itit.2006.48.1.6>
- Pullawach Arjyotha a, & Vorapoj Promasatayaprot b, T. P. (2021). COMPETENCY PREDICTION EQUATION FOR THE PERFORMANCE OF ACADEMIC HEALTH PERSONNEL IN SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN THE NORTHEASTERN REGION OF THAILAND. 1–12.
- Ramadhanti, D. (2021). Kajian Pustaka : Pemerataan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Analisis Kinerja di Indonesia Literature Review : Equitable Distribution of Health Human Resources (HR) in Perfo ... December.
- Roj, J. (2020). Inequality in the distribution of healthcare human resources in Poland. *Sustainability* (Switzerland), 12(5). <https://doi.org/10.3390/su12052043>
- Romadhona, Y. S., & Siregar, K. N. (2018). Analisis Sebaran Tenaga Kesehatan Puskesmas di Indonesia berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 4(2), 114–121. <https://doi.org/10.33490/JKM.V4I2.99>
- Suharmiati, Handayani, L., & Kristiana, L. (2012). Faktor-faktor yang Memengaruhi Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Daerah Terpencil Perbatasan di Kabupaten Sambas (Studi Kasus di Puskesmas Sajingan Besar) (Factors Influence Accessibility of Health Services at a Remote and Border Health Servi. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 15(No. 3), 223–231.
- Techakehakij W, Arora R. Rural retention of new medical graduates from the Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors (CPIRD): a 12-year retrospective study. *Health Policy Plan*. 2017;32(6):809–815.
- World Health Organization. (2020). WHO Labour Care Guide User's Manual. In Who (Issue licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
- Wulandari, R. D., & Laksono, A. D. (2019). Urban-Rural Disparity: the Utilization of Primary Healthcare Centers Among Elderly in East Java, Indonesia. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 147. <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i2.2019.147-154>
- Yang, Q., & Dong, H. (2014). Have health human resources become more equal between rural and urban areas after the new reform? *International Journal of Health Policy and Management*, 3(7), 359–360. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.129>