

ANALISIS DETERMINAN KETERSEDIAAN DOKTER SPESIALIS DAN GAMBARAN FASILITAS KESEHATAN DI RSUD PEMERINTAH KABUPATEN/ KOTA INDONESIA (ANALISIS DATA RIFASKES 2011)

DETERMINANTS OF AVAILABILITY OF SPECIALIST DOCTORS AND HOSPITAL FACILITIES IN PUBLIC HOSPITAL AT DISTRICT/MUNICIPALITY IN INDONESIA (RIFASKES DATA ANALYSIS 2011)

Heri Priyatmoko¹, Lutfan Lazuardi², Mubasysyir Hasanbasri²

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan,
Kementerian Kesehatan RI.

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran
Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

ABSTRAK

Latar Belakang: Permasalahan distribusi dokter spesialis masih merupakan isu yang sampai saat ini masih ada dalam sistem kesehatan di dunia, tidak terkecuali Indonesia. Faktor lain yang minim perhatian adalah, pembangunan daerah tertinggal yang tidak terintegrasi dengan program kesehatan pusat, tingkat pertumbuhan ekonomi, peningkatan kapasitas sistem pelayanan rumah sakit daerah tertinggal, dan infrastruktur rumah sakit, serta peningkatan taraf hidup masyarakat. Kebijakan terkait hal tersebut diharapkan dapat berkontribusi dalam upaya penyebaran dokter spesialis di daerah terpencil.

Tujuan: Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui determinan ketersediaan dokter spesialis dan gambaran fasilitas kesehatan di RSUD Pemerintah kabupaten/kota di Indonesia.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan desain *cross sectional*. Tujuan pendekatan ini adalah untuk mengetahui determinan ketersediaan dokter spesialis dan gambaran ketersediaan fasilitas RSUD Pemerintah di kabupaten/kota Indonesia. Pengujian data dilakukan dengan analisis univariabel, bivariabel, dan multivariabel.

Hasil: Hasil analisis bivariabel dengan uji *chi square* ada hubungan yang bermakna antara level daerah, akreditasi rumah sakit, sistem pengelolaan keuangan rumah sakit, penerapan remunerasi, ketersediaan pelayanan spesialistik, dan PDRB per kapita dengan ketersediaan dokter di RSUD Pemerintah, $p < 0,05$. Hasil analisis multivariabel dengan regresi logistik menunjukkan bahwa RSUD Pemerintah yang terakreditasi 12 jenis pelayanan berpengaruh paling besar terhadap ketersediaan dokter spesialis dengan nilai *odds ratio* 9,32 (95% CI: 1,2-72,4) nilai $p = 0,03$, hasil ini signifikan secara statistik. Daerah maju mempunyai pengaruh terhadap ketersediaan dokter spesialis di RSUD Pemerintah dengan nilai *odds ratio* 2,15 (95% CI: 1,36-3,39) nilai $p = 0,001$, hasil ini signifikan secara statistik.

Kesimpulan: Pola ketersediaan dokter spesialis mengikuti pengembangan sistem kesehatan rumah sakit. Oleh karenanya kebijakan distribusi dokter spesialis harus menyertakan peningkatan kualitas manajemen dan pelayanan rumah sakit sebagai syarat keberhasilan.

Kata Kunci: Ketersediaan, Dokter Spesialis, Fasilitas Pelayanan Spesialistik.

ABSTRACT

Background: Indonesia still faces the problem of unequal distribution of specialist doctors. The ratio of health workers per 100.000 population has not met the target. In 2008, the ratio of health workers to medical specialist per 100.000 population amounted to 7,73 compared to the target which is 9. Some areas of development in underserved areas, such as low economic power, lack of hospital system capacity and hospital medical equipment, have been neglected by government. Engagement of stakeholder to improve hospital quality system is a critical element to contribute to the policy of specialist doctors distribution, typically to increase the number of specialist doctors practising in rural and remote areas.

Objective: To assess the determinants of availability of specialist doctors in government/public hospitals and to find out the correlation of variable factors.

Methods: A cross sectional design was adopted for this study, in which 7 factors were chosen to assess determinant of availability of specialist doctors using a Health Facilities Research (Rifaskes) conducted by the Health Ministry in 2011 and to describe availability of hospital facilities in the Indonesian public hospitals.

Results: Bivariate analysis indicated that level of district, hospital accredited, BLU versus Non-BLU, remuneration, hospital facilities, dan GNP significantly affect to the number of specialist doctors ($p < 0,05$). Logistic regression indicated that the strongest predictors of availability specialist is accredited public hospital with 12 standard of care (odds ratio 9,32 ; 95% CI: 1,2-72,4) ; $p < 0,03$). Level of district have significantly associated to availability specialist in public hospital (odds ratio 2,15 ; (95% CI: 1,36-3,39) ; $p = 0,001$).

Conclusion: The current study makes an important contribution to the literature in finding the determinants of distribution of specialist doctors in public hospital in Indonesia to address maldistribution between urban and rural barriers. Additional research is needed to examine preference to choose rural location and the incorporation of other retention strategies, such as medical education initiatives, community and professional support, differential rural fees and alternate funding models.

Keywords: Availability, specialist doctors, specialistic facilities

PENGANTAR

Permasalahan distribusi dokter spesialis masih merupakan isu yang sampai saat ini masih ada dalam sistem kesehatan di dunia, tidak terkecuali Indonesia. Negara Indonesia merupakan negara kepulauan terdiri dari pulau-pulau yang tersebar dari Sabang sampai Merauke. Memiliki ciri geografis yang khusus antara daerah yang satu dengan daerah yang lainnya dan keadaan sosial ekonomi yang masih menunjukkan perbedaan yang sangat tinggi. Bersamaan dengan kondisi tersebut ternyata desentralisasi belum memberi kontribusi dalam menyelesaikan permasalahan pemerataan dokter spesialis di Indonesia.

Di Indonesia pengembangan sumber daya manusia merupakan salah satu prioritas dari delapan fokus prioritas pembangunan kesehatan dalam kurun waktu 2010 – 2014. Penetapan pengembangan sumber daya manusia kesehatan sebagai salah satu prioritas karena Indonesia masih menghadapi masalah tenaga kesehatan, baik jumlah, jenis, kualitas maupun distribusinya. Rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk belum memenuhi target yang ditetapkan sampai dengan tahun 2010. Sampai dengan tahun 2008, rasio tenaga kesehatan untuk dokter spesialis per 100.000 penduduk adalah sebesar 7,73 dibandingkan dengan target yang ingin dicapai yaitu 9. Dari pendataan tenaga kesehatan pada tahun 2010, ketersediaan tenaga kesehatan di rumah sakit milik pemerintah, telah tersedia 7.336 dokter spesialis. Dengan memperhatikan standar ketenagaan rumah sakit yang berlaku, maka pada tahun 2010 masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di rumah sakit milik pemerintah baik Rumah Sakit Kementerian Kesehatan maupun Rumah Sakit Pemerintah Daerah sejumlah 2.098 dokter spesialis¹.

Beberapa faktor yang berkaitan dengan distribusi dokter spesialis di kabupaten/kota di Indonesia yang luput mendapat perhatian Pemerintah Pusat dan Daerah adalah peningkatan taraf sosial ekonomi masyarakat, tingkat pertumbuhan ekonomi, kebijakan daerah terkait program penyediaan dokter spesialis di daerah terpencil, sistem kesehatan daerah, pengembangan sistem pelayanan rumah sakit tingkat kabupaten, dan infrastruktur rumah sakit. Menurut² kesenjangan *rural-urban*, lemahnya sistem pendidikan kedokteran, migrasi, *public-to-private brain drain* dan kurangnya insentif adalah beberapa faktor yang mempunyai kontribusi terhadap ketidakseimbangan ketersediaan tenaga kesehatan. Hal senada dikemukakan oleh Wibulpolprasert dan Pengpaibon³ mendeley : { "previouslyFormattedCitation" : "³" }, "properties" : { "noteIndex" : 0 }, "schema" : "https://github.com/citation-style-lan-

guage/schema/raw/master/csl-citation.json" }, faktor yang mempengaruhi ketidakseimbangan distribusi dokter adalah mulai dari kesenjangan sosial dan ekonomi, sistem pendidikan kedokteran, insentif, pembangunan sistem kesehatan publik dan swasta, serta gerakan sosial, peningkatan keterlibatan sektor swasta dalam pelayanan kesehatan, buruknya pengelolaan desentralisasi, dan meningkatkan distribusi pendapatan.

Beberapa kondisi yang telah dipaparkan di atas sangat berpengaruh pada minat di kalangan tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah terpencil, salah satu faktor yang paling menentukan karena insentif finansial yang ditawarkan kurang memadai⁴. Perbedaan pendapatan antara daerah kota dan daerah terpencil dapat digunakan sebagai dasar pengambilan kebijakan untuk mengurangi ketidakmerataan distribusi geografi tenaga kesehatan. Upaya yang dilakukan Pemerintah untuk menarik minat para lulusan dari Jakarta untuk bekerja di luar Pulau Jawa adalah dengan memberikan bonus 100% di atas gaji normal⁵. Di samping masalah pemberian insentif yang belum memadai, masalah kondisi tempat tinggal yang masih minim perhatian, peningkatan fasilitas rumah sakit dan manajemen rumah sakit yang buruk diyakini sebagai demotivator dokter spesialis untuk bekerja di daerah terpencil⁶.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan desain non eksperimental (*cross sectional survey*). Tujuan pendekatan ini adalah untuk mengetahui determinan ketersediaan dokter spesialis dan gambaran ketersediaan fasilitas kesehatan di RSUD Pemerintah kabupaten/kota Indonesia. Sehingga dapat diketahui faktor yang mempunyai peran besar dalam penyelesaian permasalahan penyebaran dokter spesialis di Indonesia.

Penelitian dilaksanakan dari Bulan Maret sampai dengan Mei 2014. Penelitian ini menggunakan data Rifaskes 2011 yang dilaksanakan pada 33 propinsi di Indonesia yang merupakan cakupan survei berskala nasional. Unit analisis dalam penelitian ini adalah RSUD Pemerintah di kabupaten/kota Indonesia dan subyek penelitian ini adalah dokter spesialis 4 dasar dan 4 penunjang yang bekerja di RSUD Pemerintah seluruh Indonesia.

Penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuisioner yang berisi data-data pendukung untuk mendapatkan variabel yang dikehendaki. Instrumen yang digunakan merupakan daftar pertanyaan pada Rifaskes 2011.

Analisis univariabel dilakukan untuk melihat frekuensi dan distribusi variabel bebas dan variabel

terikat. Tabel distribusi frekuensi dan persentase dari tiap-tiap variabel digunakan untuk menggambarkan proporsi karakteristik subyek penelitian dengan melakukan pengkategorian variabel yang dianalisis. Analisis bivariabel dilakukan dengan melihat hubungan ketersediaan dokter spesialis RSUD Pemerintah dengan variabel bebas yang ada. Analisis yang digunakan adalah uji *chi square*. Analisis multivariabel menggunakan regresi logistik sederhana yang bertujuan untuk menganalisis secara bersama-sama sehingga masing-masing variabel independen berinteraksi satu sama lain sehingga dapat diketahui variabel independen yang memiliki pengaruh besar terhadap variabel dependen.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden penelitian

Sebaran jumlah RSUD Pemerintah berdasarkan regional wilayah Indonesia terlihat seperti pada Tabel 1 di bawah ini.

Dari Tabel 1 di atas menunjukkan 26,76 % RSUD Pemerintah masih mengalami kekurangan jumlah dokter spesialis (dokter spesialis 4 pelayanan spesialis medik dasar dan 4 pelayanan spesialisistik penunjang), 73,24 % RSUD Pemerintah sudah memiliki jumlah dokter spesialis yang cukup.

Proporsi RSUD Pemerintah yang berada di daerah tertinggal masih cukup rendah dibandingkan dengan daerah yang sudah maju yaitu sebesar 23,62 % sedangkan di daerah maju proporsi RSUD Pemerintah sebesar 76,38 %. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pembangunan infrastruktur termasuk RSUD Pemerintah masih banyak terdistribusi di daerah yang sudah maju.

Terdapat RSUD Pemerintah yang belum terakreditasi sebesar 50,20 %. Berarti lebih dari setengah jumlah RSUD Pemerintah di Indonesia pelayanan kesehatannya belum terstandar mutunya. Untuk RSUD Pemerintah dengan akreditasi 5 jenis pelayanan sebesar 31,24 %, diikuti dengan RSUD Pemerintah

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Dan Persentase Variabel Penelitian

| No | Karakteristik | Kategori | Jumlah | Persentase |
|----|---|----------------------------------|--------|------------|
| 1. | Ketersediaan Dokter spesialis RSUD Pemerintah | Σ Dokter Sp. < 4 | 179 | 26,76 |
| | | Σ Dokter Sp. ≥ 4 | 490 | 73,24 |
| 2. | Level daerah | Daerah tertinggal | 158 | 23,62 |
| | | Daerah maju | 511 | 76,38 |
| 3. | Klasifikasi rumah sakit | RS Kelas B | 145 | 21,67 |
| | | RS Kelas C | 323 | 48,28 |
| | | RS Kelas D | 201 | 30,04 |
| | | Tidak terakreditasi | 336 | 50,20 |
| 4. | Status Akreditasi | Terakreditasi 5 jenis pelayanan | 209 | 31,24 |
| | | Terakreditasi 12 jenis pelayanan | 72 | 10,76 |
| | | Terakreditasi 16 jenis pelayanan | 52 | 7,77 |
| | | Non BLU | 412 | 61,58 |
| 5. | Pola pengelolaan keuangan RS | BLUD | 243 | 36,32 |
| | | BLU Pusat | 14 | 2,09 |
| | | Ada, dokumen (+) | 221 | 33,03 |
| 6. | Penerapan sistem remunerasi | Ada, dokumen (-) | 62 | 9,27 |
| | | Tidak | 386 | 57,70 |
| | | Ada | 655 | 97,91 |
| 7. | Ketersediaan layanan kebidanan dan kandungan | Tidak | 14 | 2,09 |
| | | Ada | 597 | 89,24 |
| | Ketersediaan layanan anak | Tidak | 72 | 10,76 |
| | | Ada | 598 | 89,39 |
| | Ketersediaan layanan bedah | Tidak | 71 | 10,61 |
| | | Ada | 582 | 87 |
| | Ketersediaan layanan penyakit dalam | Tidak | 87 | 13 |
| | | Ada | 382 | 57,10 |
| | Ketersediaan layanan anastesi dan reanimasi | Tidak | 287 | 42,90 |
| | | Ada | 649 | 97,01 |
| | Ketersediaan layanan laboratorium | Tidak | 20 | 2,99 |
| | | Ada | 631 | 94,32 |
| | Ketersediaan layanan radiologi | Tidak | 38 | 5,68 |
| | | Ada | 491 | 73,39 |
| | Ketersediaan layanan rehabilitasi medik | Tidak | 178 | 26,61 |
| | | Rendah | 505 | 75,49 |
| 8. | PDRB per kapita | Tinggi | 164 | 24,51 |

dengan akreditasi 12 jenis pelayanan sebesar 10,76, dan RSUD Pemerintah dengan akreditasi 16 jenis pelayanan sebesar 7,77 %.

Sebagian besar RSUD Pemerintah yang telah memiliki pelayanan kebidanan dan kandungan dengan persentase mencapai 97,91 %, ketersediaan pelayanan anak 89,49 %, ketersediaan pelayanan bedah 89,64 %, ketersediaan pelayanan penyakit dalam 87 %, ketersediaan pelayanan anastesi dan reanimasi masih tergolong sedikit dibandingkan pelayanan kesehatan yang lain yaitu sebesar 57,10 %,

ketersediaan pelayanan laboratorium 97,01 %, ketersediaan pelayanan radiologi 94,32 %, Ketersediaan layanan rehabilitasi medik 73,39.

Hubungan Variabel Bebas dengan Ketersediaan Dokter Spesialis RSUD Pemerintah

Tabel 2 di bawah memperlihatkan hasil analisis dengan menggunakan uji *chi square* menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara ketersediaan dokter spesialis di RSUD Pemerintah dengan level kabupaten dengan nilai $p=0,000$. Artinya pada

Tabel 2. Hasil analisis X^2 hubungan antara level kabupaten, klasifikasi rumah sakit, status akreditasi rumah sakit, pola pengelolaan keuangan rumah sakit, penerapan sistem remunerasi, ketersediaan pelayananan spesialistik, dan PDRB per kapita dengan ketersediaan dokter spesialis

| Variabel | Kategori | Ketersediaan Dokter Sp. RSUD Pemerintah | | p | χ^2 |
|--|----------------------------------|---|---------------|-------|----------|
| | | Kurang n(%) | Cukup n(%) | | |
| Ketersediaan pelayanan | Kebidanan dan kandungan | | | | |
| | • Ada | 171 (26,11) | 484 (73,89) | 0,009 | 6,74 |
| | • Tidak | 8 (57,14) | 6 (42,86) | | |
| | Anak | | | | |
| | • Ada | 130 (21,78) | 467 (78,22) | 0,000 | 70,22 |
| | • Tidak | 49 (68,06) | 23 (31,94) | | |
| | Bedah | | | | |
| | • Ada | 122 (20,40) | 476 (79,60) | 0,000 | 116,11 |
| | • Tidak | 57 (80,28) | 14 (19,72) | | |
| | Penyakit Dalam | | | | |
| | • Ada | 121 (20,79) | 461 (79,21) | 0,000 | 81,28 |
| | • Tidak | 58 (66,67) | 29 (33,33) | | |
| | Anastesi dan Reanimasi | | | | |
| | • Ada | 63 (16,49) | 319 (83,51) | 0,000 | 47,87 |
| • Tidak | 116 (40,42) | 171 (59,58) | | | |
| Laboratorium | | | | | |
| • Ada | 167 (25,73) | 482 (74,27) | 0,001 | 11,62 | |
| • Tidak | 12 (60) | 8 (40) | | | |
| Radiologi | | | | | |
| • Ada | 152 (24,09) | 479 (97,76) | 0,000 | 40,33 | |
| • Tidak | 27 (71,05) | 11 (28,95) | | | |
| Rehabilitasi Medik | | | | | |
| • Ada | 86 (17,52) | 405 (82,48) | 0,000 | 80,41 | |
| • Tidak | 93 (52,25) | 85 (47,75) | | | |
| Ciri RS: | | | | | |
| 1. Klasifikasi Rumah Sakit | RS Tipe B | 1 (0,69) | 144 (99,31) | 0,000 | 154,08 |
| | RS Tipe C | 63 (19,50) | 260 (80,50) | | |
| | RS Tipe D | 115 (57,21) | 86 (42,79) | | |
| | Tidak terakreditasi | 149 (44,35) | 187 (55,65) | | |
| 2. Status Akreditasi | Terakreditasi 5 jenis pelayanan | 29 (13,88) | 180 (86,12) | 0,000 | 113,37 |
| | Terakreditasi 12 jenis pelayanan | 1 (1,39) | 71 (98,61) | | |
| | Terakreditasi 16 jenis pelayanan | 0 | 52 (100) | | |
| | | | | | |
| 3. Pola pengelolaan keuangan rumah sakit | BLU Pusat | 1 (7,14) | 13 (92,86) | 0,000 | 41,48 |
| | BLUD | 32 (13,17) | 211 (86,83) | | |
| | Non BLU | 146 (35,44) | 266 (64,56) | | |
| 4. Penerapan Sistem remunerasi | Ya, Dokumen (+) | 52 (23,53) | 169 (76,47) | 0,37 | 1,99 |
| | Ya, Dokumen (-) | 16 (25,81) | 46 (74,19) | | |
| | Tidak | 111 (28,76) | 275 (71,24) | | |
| Karakteristik Daerah | Level Daerah | | | | |
| | Daerah Tertinggal | 79 (50) | 79 (50) | 0,000 | 57,03 |
| Daerah Maju | 100 (19,57) | 411 (80,43) | | | |
| PDRB per kapita | Rendah | 150 (29,70) | 355 (70,30) | 0,003 | 9,12 |
| | Tinggi | 29 (17,68) | 135 (82,32) | | |

Keterangan : Signifikansi ($p < 0,05$)

daerah maju memiliki probabilitas lebih tinggi memiliki ketersediaan dokter spesialis yang cukup dibandingkan dengan daerah tertinggal.

Ciri Rumah Sakit

Ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan pelayanan spesialis dengan ketersediaan dokter spesialis di RSUD Pemerintah. Pada RSUD Pemerintah yang telah memiliki ketersediaan pelayanan spesialis memiliki probabilitas yang lebih besar angka kecukupan dokter spesialis di RSUD Pemerintah dibandingkan dengan RSUD Pemerintah yang belum mempunyai pelayanan spesialis. Gaji bukan semata-mata faktor penting bagi tenaga kesehatan memutuskan di mana ia harus bekerja. Mutu fasilitas kesehatan yang baik dan dukungan dari pimpinan yang baik sangat mempengaruhi dalam menentukan pilihan di mana ia akan bekerja. Kelayakan fasilitas pelayanan dan dukungan manajemen memiliki hubungan yang kuat dengan preferensi pekerjaan. Strategi tepat pada level fasilitas kesehatan untuk menarik minat tenaga kesehatan bekerja di daerah tertinggal, peningkatan infrastruktur fasilitas dan manajemen peningkatan fasilitas, sebagian sangat menguntungkan secara *cost effective*⁷. kondisi tempat kerja yang buruk sebagai demotivator yang umum dialami di suatu instansi⁶.

Terdapat hubungan yang bermakna antara kecukupan tenaga dokter spesialis dengan status akreditasi rumah sakit. Rumah sakit dengan status akreditasi yang lebih rendah memiliki kemungkinan lebih besar terjadi kekurangan dokter spesialis di rumah sakit dibandingkan dengan RSUD Pemerintah yang memiliki status akreditasi rumah sakit yang lebih tinggi di atasnya. Hasil uji *chi square* menunjukkan hubungan yang bermakna dengan nilai $p = 0,000$.

Model Regresi Logistik Ketersediaan Dokter Spesialis RSUD Pemerintah

Analisis multivariabel dilakukan untuk menilai pengaruh variabel independen terhadap ketersediaan dokter spesialis di RSUD Pemerintah. Pengujian dilakukan dengan menggunakan analisis regresi logistik.

Pada Tabel 3 pada kolom terakhir pada variabel dependen, menunjukkan daerah maju mempunyai pengaruh terhadap ketersediaan dokter spesialis di RSUD Pemerintah dengan nilai *odds ratio* 2,15 (95% CI: 1,36-3,39) nilai $p=0,001$, hasil ini signifikan secara statistik. Karena ketertinggalan dan masih terisolasinya akses pembangunan di daerah tertinggal, sehingga terpaut jauh dengan daerah lain yang sudah maju. Bentuk kerja sama yang terjalin antara pihak yang berwenang baru pada tataran pembuat kebijakan, implementasi di lapangan masih menemukan

kendala. Belum terjalannya koordinasi antar lembaga dalam menyelesaikan masalah di daerah terpencil karena masing-masing lembaga bergerak sendiri-sendiri sesuai dengan bidangnya masing-masing. Peran koordinasi belum dimanfaatkan secara maksimal oleh lembaga yang ada sebagai koordinator dalam pengentasan permasalahan yang ada. Dalam hal ini fungsi peran ini dapat diambil oleh Kementerian Percepatan Daerah Tertinggal yang mempunyai kewenangan yang kuat untuk melakukan koordinasi pada tingkat daerah. Hal tersebut senada dengan hasil evaluasi internal yang telah dilakukan sendiri oleh Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal yang tercantum dalam Rencana Strategis⁸, antara lain adalah koordinasi antar pelaku pembangunan di daerah tertinggal masih lemah, karena belum dimanfaatkannya kerja sama antar daerah tertinggal pada aspek perencanaan, penganggaran, dan pelaksanaan pembangunan. Tindakan afirmatif kepada daerah tertinggal belum optimal, khususnya aspek kebijakan perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, koordinasi, dan pengendalian pembangunan, aksesibilitas daerah tertinggal terhadap pusat-pusat pertumbuhan wilayah masih rendah khususnya terhadap sentra-sentra produksi dan pemasaran karena belum didukung oleh sarana dan prasarana angkutan barang dan penumpang yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik daerah tertinggal.

Kementerian PDT menargetkan hingga tahun 2014 pemerintah bisa menggenjot pembangunan dengan meningkatkan sarana dan prasarana daerah, infrastruktur dasar pendidikan, kesehatan, air, jalan, dan konektivitas antarpulau⁹.

Daerah tertinggal memiliki tingkat ketersediaan dokter spesialis yang rendah (16,12%) dibandingkan dengan daerah yang telah dinyatakan maju. Ini menunjukkan daerah tertinggal memiliki daya tarik yang rendah bagi tenaga dokter spesialis yang ingin bekerja di daerah tersebut. Di beberapa negara kaya maupun miskin dilaporkan bahwa proporsi tenaga kesehatan lebih besar di daerah urban dan daerah yang kaya. Di Negara Nicaragua sekita 50% tenaga kesehatan terkonsentrasi di Managua sebagai ibu kota negara tersebut².

Fakta-fakta tersebut di atas dapat ditafsirkan sebagai kenyataan bahwa sektor kesehatan di Indonesia dipengaruhi secara kuat oleh mekanisme. Indonesia sebagai negara miskin mempunyai tantangan: bagaimana kebijakan pemerintah menangani sektor kesehatan yang didominasi mekanisme pasar¹⁰.

RSUD Pemerintah yang terakreditasi 12 jenis pelayanan berpengaruh paling besar terhadap ketersediaan dokter spesialis RSUD Pemerintah dengan nilai

Tabel 3. Hasil analisis Regresi Logistik antara Level Kabupaten, klasifikasi rumah sakit, status akreditasi rumah sakit, pola pengelolaan keuangan rumah sakit, penerapan sistem remunerasi, ketersediaan pelayanan spesialisik, dan PDRB per kapita dengan ketersediaan Dokter Spesialis Pelayanan Medik Dasar

| Variabel | Dokter Sp. Penyakit Dalam | | Dokter Sp. Bedah | | Dokter Sp. Anak | | Dokter Sp. kebidanan dan kandungan | | Total Do RSU Per | |
|--|---------------------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|---------|
| | OR (95% CI) | p value | OR (95% CI) | p value | OR (95% CI) | p value | OR (95% CI) | p value | OR (95% CI) | p value |
| Level Daerah | | | | | | | | | | |
| ▪ Daerah Tertinggal | 2,41 | (1,44-4) 0,001 | 2,3 | (1,38-3,82) 0,001 | 2 | (1,26-3,16) 0,003 | 1,6 | (0,95-2,69) 0,07 | 2,15 | (1,36 |
| ▪ Daerah Maju | | | | | | | | | | |
| Klasifikasi RS | | | | | | | | | | |
| ▪ Kelas B | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| ▪ Kelas C | 0,59 | (0,12-2,87) 0,52 | 0,46 | (0,12-1,81) 0,27 | 0,27 | (0,06-1,22) 0,09 | 6,47 | (3,9-10,7) 0,000 | 0,12 | (0,01 |
| ▪ Kelas D | 0,2 | (0,04-1) 0,05 | 0,13 | (0,03-0,55) 0,005 | 0,1 | (0,02-0,44) 0,003 | 1 | | 0,02 | (0,00 |
| Status Akreditasi | | | | | | | | | | |
| ▪ Tidak terakreditasi | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| ▪ Terakreditasi 5 jenis pelayanan | 3,45 | (1,85-6,44) 0,000 | 1,89 | (1,07-3,33) 0,02 | 2,3 | (1,4-3,77) 0,001 | 3,27 | (1,73-6,21) 0,000 | 3,13 | (1,9-5 |
| ▪ Terakreditasi 12 jenis pelayanan | 6,16 | (0,73-52) 0,09 | - | | - | | 0,98 | (0,26-3,76) 0,98 | 9,32 | (1,2-7 |
| ▪ Terakreditasi 16 jenis pelayanan | - | | 3,65 | (0,39-34) 0,25 | - | | 1 | | 1 | |
| Pola pengelolaan keuangan rumah sakit | | | | | | | | | | |
| ▪ BLU Pusat | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| ▪ BLUD | 1,02 | (0,07-14,36) 0,98 | 0,91 | (0,51-1,6) 0,75 | 0,86 | (0,12-6) 0,88 | 1,29 | (0,12-13) 0,82 | 0,68 | (0,06 |
| ▪ Non BLU | 0,66 | (0,49-8,88) 0,75 | - | | 0,68 | (0,1-4,5) 0,69 | 0,89 | (0,09-8,57) 0,92 | 0,44 | (0,04 |
| Penerapan Sistem remunerasi | | | | | | | | | | |
| ▪ Ya, Dokumen (+) | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| ▪ Ya, Dokumen (-) | 0,94 | (0,4-2,18) 0,89 | 1,1 | (0,47-2,57) 0,82 | 1,42 | (0,65-3,1) 0,36 | 1,52 | (0,64-3,59) 0,33 | 1,6 | (0,75-3 |
| ▪ Tidak | 0,97 | (0,56-1,69) 0,94 | 0,88 | (0,52-1,87) 0,65 | 1,24 | (0,77-1,99) 0,37 | 1,01 | (0,59-1,75) 0,95 | 1,13 | (0,71 |
| Ketersediaan pelayanan Spesialistik | | | | | | | | | | |
| ▪ Ada | 0,16 | (0,09-0,30) 0,000 | 0,12 | (0,06-0,24) 0,000 | 0,24 | (0,13-0,44) 0,000 | 0,46 | (0,14-1,53) 0,21 | | |
| ▪ Tidak ada | | | | | | | | | | |
| PDRB | | | | | | | | | | |
| ▪ Rendah | 1,23 | (0,65-2,32) 0,51 | 1,02 | (0,56-1,87) 0,92 | 1,3 | (0,75-2,24) 0,34 | 0,65 | (0,36-1,17) 0,15 | 1,42 | (0,83 |
| ▪ Tinggi | | | | | | | | | | |
| Log likelihood | | | | | | | | | | |
| N | - 220,86 | | -232,36 | | -269,85 | | -220,93 | | -220,93 | |
| | 617 | | 585 | | 545 | | 516 | | 516 | |

Keterangan : Signifikansi (p<0,05)

odds ratio 9,32 (95% CI: 1,2-72,4) nilai $p = 0,03$, hasil ini signifikan secara statistik. Menurut Schmaltz¹¹ pada rumah sakit yang terakreditasi menunjukkan respon perencanaan yang lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit yang tidak terakreditasi. Akreditasi diyakini sebagai prediktor implementasi sistem pelayanan keselamatan pasien. Rumah sakit dengan akreditasi yang baik jaminan adanya suplai obat-obatan sudah tidak menjadi hambatan secara bermakna. Salah satu hal yang menjadi *concern* dokter spesialis yang bertugas di rumah sakit adalah terlambatnya suplai obat-obatan dan keterbatasan alat kesehatan¹². Hal ini salah satu alasan dokter spesialis lebih memilih rumah sakit yang memiliki akreditasi yang lebih tinggi. Pada saat ini rumah sakit yang memiliki fasilitas tersebut kebanyakan berada di kota-kota besar dan daerah urban/perkotaan. Itu semua berawal dari kepemimpinan kuat¹³, yang mampu membangun sistem manajemen rumah sakit sehingga mendapatkan predikat penilaian akreditasi baik. Jika akreditasi rumah sakit sudah baik, secara otomatis rekrutmen berdasarkan kebutuhan dapat berjalan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

Standar minimum yang dibuat oleh Pemerintah kecenderungannya dirumuskan sebagai target pencapaian secara agregat yang harus diperoleh pemerintah daerah dalam penyelenggaraan layanan tertentu¹⁴.

KESIMPULAN DAN SARAN

Sebagian besar dokter spesialis RSUD Pemerintah berada di Pulau Jawa dan Bali dan daerah maju. Daerah maju peluangnya lebih besar dibandingkan dengan daerah tertinggal memiliki cukup dokter spesialis. RSUD Pemerintah dengan akreditasi 12 jenis pelayanan berpotensi memiliki tingkat ketersediaan dokter spesialis paling tinggi dibandingkan dengan akreditasi lainnya maupun tidak terakreditasi. Faktor lain yang berhubungan dengan ketersediaan dokter spesialis di RSUD Pemerintah adalah ketersediaan pelayanan spesialis.

Adanya hubungan antara Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita dengan ketersediaan dokter spesialis RSUD Pemerintah di kabupaten/kota. Sistem remunerasi belum memberikan pengaruh terhadap ketersediaan dokter spesialis di RSUD Pemerintah.

Saran

Penelitian ini menyarankan bahwa selain insentif finansial perlu juga memberikan insentif non finansial seperti: tunjangan kesulitan, perumahan, transportasi

gratis, kesempatan liburan gratis ditambah dengan pemberian kompensasi inovatif bagi dokter yang bertugas di daerah terpencil seperti; peningkatan kondisi tempat tinggal bagi tenaga kesehatan dan keluarga, serta menyediakan infrastruktur dan fasilitas seperti; sanitasi, listrik, telekomunikasi, sekolah bagi anak¹⁰, penguatan keterampilan manajemen SDM kesehatan pada tingkat kabupaten/kota dalam mengimplementasi strategi retensi¹², percepatan akreditasi dan peningkatan kelas rumah sakit di daerah tertinggal, perekrutan yang diinisiasi sendiri oleh tiap-tiap rumah sakit yang didasarkan pada kebutuhan rumah sakit, kebijakan distribusi dokter spesialis tidak hanya *concern* pada mengurangi gap ketidakseimbangan jumlah dokter spesialis di daerah tertinggal akan tetapi harus dibarengi dengan strategi jangka panjang dengan peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit dan ketersediaan sarana penunjang, percepatan peningkatan status dari daerah tertinggal menjadi daerah maju.

REFERENSI

1. Kemenkes RI. Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 – 2025. (2011).
2. 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).
3. Wibulpolprasert, S. *Inequitable Distribution of Doctors/ : Can it be Solved?*
4. S.R. Mustikowati, Trisnantoro, L. & Meliala, A. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Penempatan Dokter Spesialis Ikatan Dinas. *J. Manaj. Pelayanan Kesehat.* **09**, 58–64 (2006).
5. Dolea, C., Stormont, L. & Braichet, J.-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull. World Health Organ.* **88**, 379–85 (2010).
6. Malik, A. A., Yamamoto, S. S., Soares, A., Malik, Z. & Sauerborn, R. Motivational determinants among physicians in Lahore, Pakistan. *BMC Health Serv. Res.* **10**, (2010).
7. Rockers, P. C. *et al.* Preferences for working in rural clinics among trainee health professionals in Uganda/ : a discrete choice experiment. *BMC Health Serv. Res.* **12**, 1 (2012).
8. Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal. *Rencana Strategis Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal 2010-2014.* (2010).
9. Daerah Tertinggal di Indonesia Timur Paling Banyak | -nasional- | Tempo.co. at<http://

- www.tempo.co/read/news/2013/08/28/173508230/Daerah-Tertinggal-di-Indonesia-Timur-Paling-Banyak>
10. Trisnantoro, L. Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia/: Apakah Mendekati Atau Menjauhi Apakah Mendekati Atau Menjauhi. 9 (2006).
 11. Schmaltz, S. P., Williams, S. C., Chassin, M. R. & Loeb, J. M. Hospital Performance Trends on National Quality Measures and the Association With Joint Commission Accreditation. *J. Hosp. Med.*6, 454 (2011).
 12. Bonenberger, M., Aikins, M., Akweongo, P. & Wyss, K. The effects of health worker motivation and job satisfaction on turnover intention in Ghana/ : a cross-sectional study. *Hum. Resour. Health*12, 1 (2014).
 13. Trisnantoro, L. Leadership development and challenges for health systems strengthening: the case of leaders in Maternal and Child Health. (2013).
 14. Dwiyanto, A. Manajemen Pelayanan Publik: Peduli, Inklusif, dan Kolaboratif. 43 (Gadjah Mada University Press, 2011).
 15. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. (2010).