

KESENJANGAN DISTRIBUSI TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS WILAYAH INDONESIA TIMUR (Analisis Data IFLS East 2012)

GAP IN THE DISTRIBUTION OF HEALTH PERSONNEL IN EAST INDONESIA
REGION PUSKESMAS (Data Analysis IFLS East 2012)

Nurul Hikmah B.¹, Lutfan Lazuardi², Dwi Handono¹

¹Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta,

²Sistem Informasi Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta.

Penulis korespondensi: Nurul Hikmah B., Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan,
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Jalan Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta,
55281

ABSTRACT

Background: Since 1980s the Ministry of Health has used several approaches to determine staffing needs, using projections based on public health status, demographic changes and health programs that exist. This study describes the distribution of health personnel gap in eastern Indonesia due to see the injustice of health workers in eastern Indonesia so that the government can deal seriously and firmly to the problems of the distribution of health personnel, particularly areas that are difficult to reach.

Purpose: This study aims to determine the unequal distribution of health personnel in the health centers in Eastern Indonesia.

Methods: This study is a quantitative research with quantitative methods using cross sectional design. Using a large-scale secondary data from the Indonesia Family Life Survey (IFLS) East.

Results: This study indicate that there is a big gap in equity of health workforce in primary health care in eastern Indonesia experienced vacancies even some of primary health care both doctors, nurses, midwives and midwife. This is evident from the distribution of health personnel imbalance between primary care located in areas with high and low number of population; high and low poverty rates; geographic location based on the urban/rural and remoteness even provinces.

Conclusion: Primary health care in eastern Indonesia more experienced vacancies in particular labor of doctors and midwives, as well as the low number of community health workers to prove that primary health care is oriented on promotive and preventive neglected. Optimizing the role of government as a regulator and facilitator to give more focus and help the areas that lack health worker especially in the province of East Nusa Tenggara, Maluku and West Papua are more likely to be a shortage of public health vacancy even doctors and midwives.

Keywords: distribution, health workforce, health worker, primary care, gap.

ABSTRAK

Latar Belakang: 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. Penelitian ini menjelaskan tentang kesenjangan distribusi tenaga kesehatan di wilayah Indonesia Timur karena melihat ketidakadilan penyebaran tenaga kesehatan di Indonesia Timur sehingga pemerintah dapat menangani secara serius dan tegas terhadap permasalahan distribusi tenaga kesehatan, khususnya daerah yang sulit dijangkau.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan di puskesmas wilayah Indonesia Timur.

Metode: 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 ada kesenjangan besar dalam pemerataan tenaga kesehatan di puskesmas wilayah Indonesia Timur bahkan beberapa puskesmas mengalami kekosongan tenaga kesehatan baik dokter, perawat, bidan maupun bidan desa. Hal ini terlihat dari ketidakseimbangan distribusi tenaga kesehatan antara puskesmas yang berada di wilayah dengan jumlah penduduk padat dan rendah; tingkat kemiskinan tinggi dan rendah; lokasi geografis berdasarkan perkotaan/pedesaan dan keterpencilan bahkan provinsi.

Kesimpulan: 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, tenaga kesehatan, puskesmas, kesenjangan

PENDAHULUAN

Tenaga kerja merupakan *input* yang paling penting untuk setiap sistem kesehatan dan juga memiliki dampak yang kuat pada sistem kinerja kesehatan secara keseluruhan¹. 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 puskesmas².

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 sebenarnya³. 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 kesehatan⁴.

Tipologi ketidakseimbangan menurut Zurn *et al.*⁵ adalah sebagai berikut: ketidakseimbangan profesi atau spesialisasi, baik antarprofesi tenaga kesehatan maupun internal tenaga kesehatan tertentu; ketidakseimbangan geografi, misalnya antara daerah perkotaan dan perdesaan, serta antara daerah kaya dan daerah miskin; ketidakseimbangan institusi dan pelayanan, misalnya

antara jumlah tenaga kesehatan dengan sarana pelayanan kesehatan, maupun antar jenis pelayanan kesehatan; dan ketidakseimbangan jenis kelamin, yaitu perbedaan antara keterwakilan pria dan wanita dalam tenaga kesehatan⁵. Ada beberapa kekuatan (*faktor push* dan *pull*) yang mempengaruhi ketidakseimbangan tenaga kerja. Kekuatan pendorong untuk tantangan tenaga kerja kesehatan menggambarkan dan menjelaskan sejauh mana dan alasan terjadinya krisis tenaga kerja di beberapa wilayah⁶. Sejahtera 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 tersebut⁷. Terdapat empat metode penyusunan yang dapat digunakan dalam perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, yaitu *health need method*, *health service demand*, *health service target method*, dan *ratios method*. Departemen Kesehatan dalam prakteknya lebih banyak menggunakan *Ratios Method*⁸.

METODE

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. Analisis data tentang distribusi tenaga kesehatan berdasarkan jumlah penduduk, usia puskesmas, status ekonomi, letak geografis berdasarkan perkotaan/pedesaan, keterpencilan dan tingkat provinsi. Analisis data menggunakan program STATA versi 12.1 dan *software geographical* (ARC-GIS® version 10) dengan penyajian dalam bentuk peta lokasi penyebaran tenaga kesehatan di 7 Provinsi wilayah Indonesia Timur.

HASIL

Data menunjukkan tenaga perawat yang paling banyak terdistribusi di puskesmas Indonesia Timur, diikuti oleh tenaga bidan dan dokter. Namun, di sisi lain pola penyebaran tenaga kesehatan belum merata. Dokter dan bidan adalah jenis tenaga kesehatan yang belum terdistribusi dengan baik bahkan terjadi kekosongan tenaga di beberapa puskesmas di wilayah Indonesia Timur.

Gambaran penyebaran puskesmas berdasarkan jumlah penduduk menunjukkan pembangunan fasilitas pemerintah yaitu puskesmas lebih banyak dibangun di daerah dengan jumlah penduduk yang rendah. Status ekonomi rumah tangga di wilayah kerja puskesmas menunjukkan bahwa penyebaran puskesmas di daerah dengan status ekonomi rumah tangga tinggi maupun rendah sudah hampir

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Variabel Penelitian di Puskesmas Wilayah Indonesia Timur Tahun 2012

No.	Variabel	N	%
1.	Ketersediaan Tenaga Kesehatan		
	Dokter		
	Ada	70	72.16
	Tidak Ada	27	27.84
	Perawat		
	Ada	89	91.75
	Tidak Ada	8	8.25
	Bidan		
	Ada	79	81.44
	Tidak Ada	18	18.56
1.	Bidan Desa		
	Ada	36	37.11
	Tidak Ada	61	62.89
2.	Jumlah Penduduk		
	Jumlah Penduduk Rendah	70	72.16
	Jumlah Penduduk Tinggi	27	27.84
3.	Lama Puskesmas Dibangun		
	Puskesmas Lama	31	31.96
	Puskesmas Baru	66	68.04
4.	Status Ekonomi		
	Status Ekonomi Rendah	49	50.52
	Status Ekonomi Tinggi	48	49.48
5.	Lokasi Geografis Berdasarkan Perkotaan/Pedesaan		
	Pedesaan	59	60.82
	Perkotaan	38	39.18
6.	Provinsi		
	Nusa Tenggara Timur	14	14.43
	Kalimantan Timur	14	14.43
	Sulawesi Tenggara	14	14.43
	Maluku Utara	14	14.43
	Papua Barat	14	14.43
	Papua	14	14.43
	Maluku	13	13.40

merata penyebaran puskesmasnya. Berdasarkan lokasi geografis, proporsi jumlah puskesmas yang berada di lokasi terpencil masih sangat minim dibandingkan di daerah tidak terpencil. Proporsi puskesmas yang berada di lokasi pedesaan sudah cukup tinggi dibandingkan dengan lokasi perkotaan.

Tabel 2 menunjukkan puskesmas yang berada di wilayah dengan jumlah penduduk rendah memiliki ketersediaan tenaga kesehatan masyarakat yang rendah sedangkan yang berada di wilayah dengan jumlah penduduk tinggi, lebih banyak mendistribusikan tenaga kesehatan masyarakatnya. Dilihat dari lama puskesmas, penyebaran tenaga kesehatan masyarakat antara puskesmas lama dan puskesmas baru sudah cukup merata. Namun, pada tingkat status ekonomi daerah dengan status ekonomi rendah memiliki ketersediaan tenaga kesehatan masyarakat yang juga rendah dibandingkan status ekonomi tinggi. Begitupun penyebaran tenaga

kesehatan masyarakat berdasarkan keterpencilan, perkotaan dan pedesaan. Tenaga kesehatan masyarakat lebih banyak memilih di daerah perkotaan dan tidak terpencil, bahkan penumpukan tenaga kesehatan masyarakat juga terjadi. Berdasarkan level provinsi, tenaga kesehatan terdistribusi lebih banyak di provinsi Sulawesi Tenggara dan Papua.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Variabel Penelitian di Puskesmas Wilayah Indonesia Timur Tahun 2012

No.	Variabel	N	Ketersediaan Tenaga Kesehatan	
			Rendah (%)	Tinggi (%)
1.	Jumlah Penduduk			
	Jumlah Penduduk Rendah	70	60.00	40.00
	Jumlah Penduduk Tinggi	27	33.33	66.67
2.	Lama Puskesmas Dibangun			
	Puskesmas Baru	66	53.03	46.97
	Puskesmas Lama	31	51.61	48.39
3.	Status Ekonomi			
	Status Ekonomi Rendah	49	71.43	28.57
	Status Ekonomi Tinggi	48	33.33	66.67
4.	Lokasi Geografis Berdasarkan Keterpencilan			
	Terpencil	25	92.00	8.00
	Tidak Terpencil	72	38.89	61.11
5.	Lokasi Geografis Berdasarkan Perkotaan/Pedesaan			
	Pedesaan	59	71.19	28.81
	Perkotaan	38	23.68	76.32
6.	Provinsi			
	Maluku	13	84.62	15.38
	Nusa Tenggara Timur	14	64.29	35.71
	Kalimantan Timur	14	42.86	57.14
	Sulawesi Tenggara	14	35.71	64.29
	Maluku Utara	14	42.86	57.14
	Papua Barat	14	64.29	35.71
Papua	14	35.71	64.29	

Puskesmas yang berada di wilayah dengan jumlah penduduk rendah mengalami kekosongan tenaga dokter dan bidan lebih tinggi dibanding puskesmas yang berada di wilayah dengan jumlah penduduk padat. Puskesmas juga mengalami tingkat kekosongan yang tinggi terhadap tenaga bidan desa, namun hal ini disebabkan sebagian puskesmas sudah memiliki tenaga bidan dan sebagian wilayah cacah dilakukan di daerah pedesaan. Nilai signifikansi membuktikan bahwa usia puskesmas tidak memiliki hubungan yang bermakna secara statistik terhadap ketersediaan tenaga kesehatan. Berdasarkan status ekonomi kekosongan tenaga dokter, perawat, bidan dan bidan desa masih di dominasi di daerah yang memiliki status ekonomi rendah.

Tabel 3. Pengujian Hipotesis Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Wilayah Indonesia Timur

No.	Variabel	N	Ketersediaan Tenaga Kesehatan											
			Dokter			Perawat			Bidan			Bidan Desa		
			Ada (%)	Tidak Ada (%)	OR (95% CI)	Ada (%)	Tidak Ada (%)	OR (95% CI)	Ada (%)	Tidak Ada (%)	OR (95% CI)	Ada (%)	Tidak Ada (%)	OR (95% CI)
1.	Jumlah Penduduk													
	Jumlah Penduduk Rendah	70	65.7	34.2	4.2	88.5	11.4	–	75.7	24.2	8.3	42.8	57.1	0.3
	Jumlah Penduduk Tinggi	27	88.8	11.1	(10.9-15.9)*	10	0		96.3	3.7	(0.9-71.0)*	22.2	77.7	(0.1-1.0)
2.	Lama Puskesmas Dibangun													
	Puskesmas Baru	66	71.2	28.7	1.1	92.4	7.5	0.8	81.8	18.1	0.9	37.8	62.1	0.9
	Puskesmas Lama	31	74.1	25.8	(0.4-3.0)	90.3	9.6	(0.1-3.4)	80.6	19.3	(0.3-2.7)	35.4	64.5	(0.3-2.2)
3.	Status Ekonomi													
	Status Ekonomi Rendah	49	61.2	38.7	3.2	85.7	14.2	7.8	67.3	32.6	11.1	32.6	67.3	1.4
	Status Ekonomi Tinggi	48	83.3	16.6	(1.1-8.5)*	97.9	2.0	(0.8-70.8)*	95.8	4.1	(2.1-58.6)**	41.6	58.3	(0.6-3.3)
4.	Lokasi Geografis Berdasarkan Perkotaan/Pedesaan													
	Pedesaan	59	55.9	44.0	29.1	86.4	13.5	– *	69.4	30.5	–**	40.6	59.3	0.6
	Perkotaan	38	97.3	2.6	(2.8-294.0)**	100.0	0		100.0	0		31.5	68.4	(0.2-1.6)
5.	Lokasi Geografis Berdasarkan Keterpencilan													
	Terpencil	25	32.0	68.0	13.1	80.0	20.0	5.7	52.0	48.0	10.1	40.0	60.0	0.8
	Tidak Terpencil	72	86.1	13.8	(3.7-46.9)**	95.8	4.1	(1.1-27.7)*	91.6	8.3	(2.8-36.7)**	36.1	63.8	(0.3-2.1)
6.	Provinsi													
	Maluku	13	53.8	46.1		92.3	7.6		69.2	30.7		15.3	84.6	
	Nusa Tenggara Timur	14	64.2	35.7	1.5	78.5	21.4	0.3	85.7	14.2	2.6	21.4	78.5	1.5
					(0.3-7.5)			(0.02-3.7)			(0.3-19.3)			(0.1-11.2)
	Kalimantan Timur	14	92.8	7.1	11.1	92.8	7.1	1	92.8	7.1	5.7	21.4	78.5	1.5
					(0.8-153.9)*			(0.05-20.4)			(0.4-71.3)			(0.1-11.2)
	Sulawesi Tenggara	14	92.8	7.1	11.1	100.0	0	–	92.8	7.1	5.7	78.5	21.4	20.1
					(0.8-153.9)*						(0.4-71.3)			(1.5-270)**
	Maluku Utara	14	78.5	21.4	3.1	92.8	7.1	1	78.5	21.4	1.6	42.8	57.1	4.1
					(0.5-18.5)			(0.05-20.4)			(0.2-9.6)			(0.5-29.5)
	Papua Barat	14	50.0	50	0.8	92.8	7.1	1	71.4	28.5	1.1	28.5	71.4	2.2
					(0.1-4.0)			(0.05-20.4)			(0.2-5.9)			(0.3-15.6)
	Papua	14	71.4	28.5	2.1	92.8	7.1	1	78.5	21.4	1.6	50.0	50.0	5.5
					(0.4-11.1)			(0.05-20.4)			(0.2-9.6)			(0.7-41)

Puskesmas di pedesaan masih mengalami kekosongan tenaga dokter yang cukup tinggi. Berbeda dengan puskesmas di daerah perkotaan, hampir seluruh puskesmas memiliki tenaga dokter, bahkan untuk tenaga bidan dan perawat semua puskesmas tidak mengalami kekosongan tenaga. Berdasarkan lokasi geografis keterpencilan, kesenjangan signifikan terlihat pada pendistribusian tenaga dokter dan bidan yang lebih banyak terdistribusi di lokasi tidak terpencil. Penyebaran tenaga kesehatan di 7 provinsi wilayah Indonesia Timur belum sepenuhnya merata, hanya Kalimantan Timur dan Sulawesi Tenggara saja

yang menunjukkan distribusi tenaga kesehatan yang cukup baik.

PEMBAHASAN

Ketidakseimbangan distribusi tenaga kesehatan dapat disebabkan oleh sejumlah faktor yang diidentifikasi sebagai berikut:

Ketidakseimbangan Distribusi Tenaga Kesehatan Berdasarkan Jumlah Penduduk

Penelitian Ferrinho *et al.*⁸ menyebutkan bahwa distribusi yang tidak merata tercermin dalam rasio penduduk per tenaga kesehatan. Distribusi tenaga per provinsi menunjukkan

staf condong berada di provinsi perkotaan, misalnya dokter di Lusaka 1:6.247 dibandingkan dengan rasio Provinsi Utara 1:65.763⁸.

Ketidakseimbangan Distribusi Tenaga Kesehatan Berdasarkan Status Ekonomi

Secara umum, daerah yang memiliki GDP per capita lebih tinggi, memiliki stok tenaga yang lebih banyak. Teori pasar juga menyebutkan bahwa tenaga kesehatan akan lebih banyak menumpuk di daerah kaya/pasarnya tinggi dibanding di daerah miskin.

Penelitian lain menyebutkan bahwa sistem puskesmas yang baik tidak hanya meningkatkan kesehatan penduduk, tetapi juga menjembatani kesenjangan dalam kesehatan yang disebabkan oleh kesenjangan sosial-ekonomi⁹. Namun, rendahnya kapasitas sumber daya manusia kesehatan dan kurangnya investasi, pelayanan kesehatan primer di banyak negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah terabaikan¹⁰.

Ketidakseimbangan Distribusi Tenaga Kesehatan Berdasarkan Lokasi Geografis

Penelitian Anyangwe & Mtonga¹¹, menyebutkan bahwa kepadatan perawat di sektor publik memiliki hubungan dengan lokasi perkotaan. Hasil analisis regresi logistik juga menunjukkan bahwa lokasi geografis paling kuat mempengaruhi ketersediaan tenaga kesehatan¹¹. Umumnya, ketidakseimbangan kepadatan tenaga kesehatan juga terjadi di dalam negara dan antar provinsi dengan jumlah lebih dan tenaga terlatih yang terdistribusi cukup di area perkotaan, namun tidak di daerah pedesaan¹².

Ketidakseimbangan Distribusi Tenaga Kesehatan Berdasarkan Level Provinsi

Kalimantan Timur dan Sulawesi tenggara merupakan provinsi di Indonesia Timur yang memiliki ketersediaan tenaga kesehatan yang lebih baik dibanding provinsi Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, dan Nusa Tenggara Timur. Kendala akses penduduk terhadap fasilitas kesehatan yang disebabkan oleh penyebaran penduduknya yang tidak merata, jarak, kendala geografis dan sarana transportasi sehingga masih banyak penduduk yang tidak terjangkau oleh dokter umum dengan mudah. Penelitian ini didukung oleh penelitian Ferrinho *et al.*¹³ yang mengidentifikasi kekurangan tenaga kesehatan di Zambia yang tercermin dalam tingkat kekosongan tinggi, terkait dengan ketidakseimbangan antara provinsi, tingkat fasilitas pelayanan, dan dalam campuran tenaga kesehatan¹³.

Implikasi Kebijakan Distribusi Tenaga Kesehatan

Pendistribusian tenaga kesehatan di wilayah Indonesia Timur menghadapi tantangan yang sangat kompleks dengan wilayah yang luas dan medan yang sulit. Pemerintah Indonesia dalam hal ini yang bertanggung jawab adalah Kementerian

Kesehatan telah mengimplementasikan berbagai kebijakan untuk mengatasi kekurangan dan penumpukan distribusi tenaga kesehatan seperti penempatan tenaga medis dan bidan PTT, insentif bagi tenaga kesehatan, penugasan khusus di daerah DTPK, pengadaaan CPNS, beasiswa untuk meningkatkan pendidikan, dan kesempatan berkarir. Di Zambia, penyediaan skema kompensasi bagi pekerja kesehatan yang bertugas di daerah pedesaan adalah efektif dalam meningkatkan jumlah tenaga kesehatan di daerah target. Namun, hal itu tidak menyebabkan penurunan kekurangan keseluruhan tenaga kesehatan¹³.

KESIMPULAN

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.

Solusi yang ditawarkan dalam mengatasi maldistribusi seperti yang telah dijelaskan melalui optimalisasi peran pemerintah sebagai regulator dan fasilitator, Dinas Kesehatan meningkatkan koordinasi dengan Badan Kepegawaian Daerah (BKD) dalam hal perekrutan tenaga kesehatan, insentif, *contracting out*, *task shifting* untuk daerah terpencil yang tidak memiliki tenaga dokter dengan cara melatih perawat senior atau bidan. Pemetaan distribusi tenaga kesehatan juga penting untuk menjadi acuan pendistribusian tenaga kesehatan.

REFERENSI

1. Rigoli F., Dussault G., *The Interface Between Health Sector Reform and Human Resources in Health*. Hum Resour Health. 2003; 1 (1): 9
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-9>
2. Rifaskes. *Laporan Akhir Riset Fasilitas Kesehatan 2011*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2012.
3. World Bank. *Investing in Indonesia's Health: Challenges and Opportunities for Future Public Spending*. Health Public Expenditure Review 2008. Jakarta: World Bank. 2008.
4. Mopake B., Maeda A., Araujo EC, Lemiere C., Maghraby AE., Cometto G, (2013). *Why Do Health Labour Market Forces Matter?* Bull World Health Organ. 2013; 91 (11): 841–6.
<https://doi.org/10.2471/BLT.13.118794>
5. Zurn P., Poz MRD., Stilwell B., Adams O. Imbalance in the Health Workforce. Hum Resour Health. 2004; 2 (1): 13.
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-13>
6. 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. 2008; 8: 19
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>
7. BAPPENAS. *Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan*. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan BAPPENAS. 2005.
8. Ferrinho P., Siziya S., Goma F., Dussault G., *The Human Resource for Health Situation in Zambia: Deficit and Maldistribution*. Hum Resour Health, 2011; 9 (1): 30.
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-30>

9. Xu K., Zhang K., Wang D., Zhou L. *Trend in Distribution of Primary Health Care Professionals in Jiangsu Province of Eastern China*. *Int J Equity Health*. 2014; 13: 117.
<https://doi.org/10.1186/s12939-014-0117-z>
10. Kruk ME., Porignon D., Rockers PC., Lerberghe WV. *Social Science & Medicine The Contribution of Primary Care to Health and Health Systems in Low and Middle Income Countries: A Critical Review of Major Primary Care Initiatives*. *Soc Sci Med*, 2010; 70 (6): 904–11.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.025>
11. Anyangwe SCE., Mtonga C., *Inequities in the Global Health Workforce: The Greatest Impediment to Health in Sub-Saharan Africa*. *Int J Environ Res Public Health*. 2007; 4 (2): 93–100.
<https://doi.org/10.3390/ijerph2007040002>
12. Nigenda G., Machado MH., *From State to Market: The Nicaraguan Labour Market for Health*. *Health Policy Plan*. 2000; 15 (3): 312–8.
<https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.312>
13. Sousa A., Scheffler RM., Koyi G., Ngah SN., Abu-Agla A., M'kiambati HM., *et al. Health Labour Market Policies in Support of Universal Health Coverage: A Comprehensive Analysis in Four African Countries*. *Hum Resour Health*, 2014; 12 (1): 55.
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-55>