

ANALISIS DISTRIBUSI DOKTER SEBAGAI TENAGA KESEHATAN DI PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2022

Mohammad Maliki Rafli^{1*}

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga¹

*Corresponding Author : mohammad.maliki.rafli-2020@fkm.unair.ac.id

ABSTRAK

Pemerataan distribusi SDM Kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan ideal tiap wilayah baik pada pelayanan kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjut. Indonesia rentan menghadapi masalah terkait distribusi tenaga kesehatan. Indonesia menghadapi tantangan dalam hal ini karena adanya variasi kondisi sosial-ekonomi, perbedaan kebijakan regional, dan kurangnya pengawasan nasional, terutama di daerah terpencil. Daerah yang lebih besar memiliki distribusi yang lebih seimbang karena aksesibilitas yang lebih baik. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan terhadap sebaran dokter pada 38 kabupaten/kota di Jawa Timur seperti jumlah penduduk, persentase penduduk miskin, dan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) sebagai bahan masukan pengambilan keputusan/kebijakan pihak-pihak terkait. Penelitian merupakan analisis data sekunder dengan unit analisis 38 kabupaten/kota di Jawa Timur. Analisis data menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode penelitian deskriptif dan analisis tabulasi silang untuk memberikan gambaran hubungan dengan variabel terkait. Hasil penelitian menunjukkan variasi distribusi dokter di Jawa Timur. Terdapat hubungan positif antara jumlah dokter dengan jumlah penduduk, kepadatan penduduk, jumlah rumah sakit, dan jumlah puskesmas. Hubungan dengan persentase penduduk miskin bervariasi dan memerlukan analisis lebih lanjut. Distribusi dokter lebih banyak terkonsentrasi di daerah dengan populasi besar dan fasilitas kesehatan yang lebih banyak. Pemerataan distribusi tenaga kesehatan memerlukan kebijakan yang lebih terfokus untuk daerah dengan aksesibilitas rendah.

Kata kunci : distribusi, dokter, Jawa Timur, pemerataan, SDM kesehatan

ABSTRACT

The equitable distribution of healthcare personnel is tailored to the ideal needs of each region, encompassing both primary and advanced healthcare services. Indonesia is susceptible to challenges regarding the distribution of healthcare workers. These challenges stem from variations in socio-economic conditions, regional policy disparities, and a lack of national oversight, particularly in remote areas. Larger regions exhibit a more balanced distribution owing to better accessibility. This study aims to identify factors influencing the distribution of doctors across 38 districts/cities in East Java, such as population size, percentage of impoverished population, and the quantity of healthcare facilities (Community Health Centers and Hospitals), to serve as input for decision-making and policy formulation by relevant stakeholders. The study is a secondary data analysis with the unit of analysis being the 38 districts/cities in East Java. Data analysis employs a quantitative approach with descriptive research methods and cross-tabulation analysis to illustrate the relationships with related variables. The study results indicate variations in the distribution of doctors in East Java. There is a positive relationship between the number of doctors and the population size, population density, the number of hospitals, and the number of community health centers. The relationship with the percentage of the poor population varies and requires further analysis. The distribution of doctors is more concentrated in areas with larger populations and more healthcare facilities. Equitable distribution of healthcare workers requires more focused policies for regions with low accessibility.

Keywords : distribution, doctor, east java, equitable distribution, healthcare personnel

PENDAHULUAN

Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan merupakan sumber potensi penting dalam bidang kesehatan khususnya dalam upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dilakukan kepada perseorangan ataupun masyarakat secara langsung guna memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya secara komprehensif. Tenaga kesehatan merupakan unsur SDM Kesehatan yang secara aktif bekerja dan mengabdikan diri dalam bidang kesehatan dimana dengan kewenangan jenis tertentu dapat melakukan upaya kesehatan tertentu. Tenaga kesehatan dalam upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan diharuskan memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan baik sesuai keahlian dan kompetensinya yang didapatkan melalui pendidikan tinggi. Beberapa tenaga kesehatan yang berlaku juga sebagai tenaga medis (misalnya dokter) diharuskan melalui suatu pendidikan profesi seperti kedokteran/kedokteran gigi. Tenaga kesehatan dalam pemberian upaya kesehatan dapat berada pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjut (UU RI Nomor 17 Tahun 2023, 2023).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efektif dan komprehensif berarti melakukan upaya perawatan medis kepada masyarakat secara menyeluruh menyesuaikan kebutuhan secara spesifik dengan tetap memperhatikan kompetensi dan keterampilan tenaga kesehatan serta sumberdaya fasilitas yang dimiliki. Keberagaman topografi, geografis, karakteristik, bahkan pola penduduk di seluruh Indonesia menyebabkan adanya perbedaan dalam hal pemenuhan akses terhadap upaya layanan kesehatan (Nurul Hikmah B et al., 2020). Penyesuaian kebutuhan dalam keberagaman keadaan yang dimiliki penting untuk menjadi perhatian agar muatan pilar kelima transformasi kesehatan Indonesia yakni transformasi SDM Kesehatan melalui penjaminan ketersediaan sekaligus pemerataan jumlah, jenis, dan kapasitas tenaga kesehatan dapat terlaksana (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Pemerataan distribusi SDM Kesehatan dalam hal ini dokter sebagai tenaga kesehatan sesuai peraturan terbaru tidak disebutkan langsung jumlah minimal yang harus dipenuhi sebagai persyaratan namun disesuaikan dengan kebutuhan ideal. Kebutuhan ideal dalam upaya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan didapatkan melalui analisis beban kerja yang ada disertai adanya pertimbangan jumlah pelayanan yang diberikan, rasio terhadap jumlah penduduk beserta persebarannya, luas dan karakteristik dari wilayah kerja, ketersediaan fasyankes, serta adanya pembagian waktu kerja sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Secara global, *World Health Organization* (WHO) telah menetapkan indikator-indikator kesehatan masyarakat salah satunya yakni *Universal Health Coverage* dengan rasio minimum yang harus dipenuhi yakni 4.45% per 1000 penduduk (Hermawan, 2019). Rasio minimum mudah tercapai jika diimbangi distribusi tenaga kesehatan yang merata. Hampir semua negara menghadapi masalah terkait distribusi tenaga kesehatan yang umumnya karena kesulitan akan pendidikan dan pelatihan, lokasi penempatan, hingga retensi dan kinerjanya (Laksono et al., 2020; WHO, 2016).

Indonesia menjadi salah satu negara dengan keberagaman tinggi rentan menghadapi masalah ketimpangan distribusi tenaga kesehatan antar daerah. Perbedaan keadaan sosial-ekonomi masing-masing daerah juga kebijakan antar daerah yang berbeda-beda disertai minimnya kebijakan nasional sebagai bentuk pengawasan pada jalannya pelayanan kesehatan beberapa daerah tertentu (misal pelosok dan DPTK) memperparah kerentanan yang ada. Distribusi tenaga kesehatan dominan terjadi pada daerah-daerah besar salah satunya Jawa Timur dibandingkan daerah timur atau daerah tertentu. Distribusi tenaga kesehatan pada daerah besar lebih merata sebab adanya jaminan kemudahan dalam hal aksesibilitas (Nurul Hikmah B et al., 2020). Tindakan dan kebijakan yang memadai perlu dilakukan dalam menghadapi tantangan pemerataan distribusi dokter. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis distribusi atau sebaran dokter sebagai tenaga kesehatan khususnya di Jawa Timur melalui identifikasi beberapa faktor-faktor yang berhubungan seperti jumlah penduduk, persentase penduduk miskin, dan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) sehingga dapat memberikan gambaran bagi wilayah lain dan sebagai bahan masukan pengambilan keputusan/kebijakan pihak-pihak terkait.

METODE

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder yang diperoleh dari “Data dan Informasi: Profil Kesehatan Jawa Timur 2022” yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Jawa Timur. Unit analisis peneliti ini adalah 38 kabupaten/kota. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode penelitian deskriptif dan analisis tabulasi silang untuk memberikan gambaran mengenai distribusi dokter di Jawa Timur tahun 2022 serta mengidentifikasi hubungan antara variabel-variabel yang mempengaruhi distribusi tersebut.

Variabel terikat yang digunakan yaitu “Jumlah Dokter”. Jumlah dokter tersebut meliputi dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis yang bertugas di Jawa Timur. Variabel lainnya yaitu variabel bebas meliputi jumlah penduduk, kepadatan penduduk, persentase penduduk miskin, jumlah rumah sakit, dan jumlah puskesmas. Variabel-variabel ini masing-masing dikategorikan menjadi lima strata distribusi.

HASIL

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi dokter di Jawa Timur sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lainnya. Analisis tabulasi silang mengungkapkan bahwa terdapat hubungan positif antara jumlah dokter dengan jumlah penduduk, kepadatan penduduk, jumlah rumah sakit, dan jumlah puskesmas. Namun, terdapat korelasi yang bervariasi antara jumlah dokter dan persentase penduduk miskin, yang memerlukan analisis lebih lanjut untuk memahami dinamika yang terjadi.

Tabel 1. Statistik Deskriptif Jumlah Dokter dan Variabel Terkait Lainnya

Variables	N	Min	Max	Mean	Std Deviation
Jumlah Dokter	38	152	8058	716,34	1323,127
Jumlah Penduduk	38	132045	2928058	1061801,08	681055,932
Kepadatan Penduduk	38	281,2	8959,5	1943,826	2294,2065
Persentase Penduduk Miskin	38	3,79	21,61	10,3258	4,27022
Jumlah Rumah Sakit	38	2	39	8,63	7,456
Jumlah Puskesmas	38	3	63	25,50	12,827

Tabel 1 menunjukkan variabilitas yang luas dalam jumlah dokter. Jumlah dokter tertinggi terlihat di Kota Surabaya, dengan sebanyak 8.058 dokter, sedangkan Kota Pacitan memiliki jumlah dokter paling sedikit yaitu 152 dokter. Jumlah penduduk dengan populasi tertinggi berada di Kota Surabaya dengan jumlah 2.928.058 penduduk, sedangkan penduduk dengan populasi terendah berada di Kota Mojokerto dengan penduduk sebanyak 132.045. Kota/kabupaten terpadat yaitu Kota Surabaya dengan kepadatan 8.959,5. Sedangkan Kabupaten Banyuwangi memiliki kepadatan terendah yaitu dengan kepadatan 281,2. Kota Batu memiliki persentase penduduk miskin terendah dengan persentase 3,79%, Sedangkan kota/kabupaten yang memiliki persentase penduduk miskin tertinggi yaitu berada di Kabupaten Sampang dengan persentase 21,61 %. Jumlah rumah sakit terbanyak berada di Kota Surabaya yaitu sebanyak 39 rumah sakit, sedangkan Kabupaten Trenggalek memiliki hanya 2 rumah sakit yang menjadi kabupaten/kota dengan jumlah rumah sakit paling sedikit. Kota Surabaya memiliki puskesmas terbanyak di Jawa Timur dengan jumlah 63 puskesmas, sedangkan Kota Blitar menjadi kabupaten/kota dengan jumlah puskesmas paling sedikit yaitu hanya memiliki 3 puskesmas.

Tabel 2. Tabulasi Silang Jumlah Dokter dan Jumlah Penduduk di Jawa Timur Tahun 2022

Jumlah Penduduk	Jumlah Dokter					Total
	< 300	300 - 500	501 - 700	701 – 1.000	> 1.000	
<600.000	5	2	1	0	0	8
	62,5%	25,0%	12,5%	0,0%	0,0%	100,0%
600.000-1.100.000	9	4	1	0	1	15
	60,0%	26,7%	6,7%	0,0%	6,7%	100,0%
1.100.001-1.600.000	1	3	4	1	0	9
	11,1%	33,3%	44,4%	11,1%	0,0%	100,0%
1.600.001-2.100.000	0	0	2	0	0	2
	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
>2.100.000	0	0	0	1	3	4
	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
Total	15	9	8	2	4	38
	39,5%	23,7%	21,1%	5,3%	10,5%	100,0%

Tabel 2 menunjukkan bahwa ketersediaan dokter cenderung terkonsentrasi di kabupaten/kota dengan populasi besar. Tabel tersebut juga menjelaskan bahwa jumlah dokter meningkat seiring dengan bertambahnya populasi di setiap kabupaten/kota. Sebuah analisis tabulasi silang antara jumlah dokter dan populasi kabupaten/kota di Jawa Timur menunjukkan bahwa kategori dengan populasi kecil (<600.000 orang) memiliki sangat sedikit dokter (<300 dokter). Sebaliknya, kategori dengan populasi sangat besar (>2.100.000 orang) memiliki jumlah dokter yang cukup banyak (>1000 dokter). Ini menunjukkan bahwa jumlah dokter berkorelasi positif dengan populasi suatu kabupaten/kota. Oleh karena itu, semakin tinggi populasi suatu kabupaten/kota, semakin tinggi minat dokter untuk bekerja di sana.

Tabel 3. Tabulasi Silang Jumlah Dokter dan Kepadatan Penduduk di Jawa Timur Tahun 2022

Kepadatan Penduduk	Jumlah Dokter					Total
	< 300	300 - 500	501 - 700	701 – 1.000	> 1.000	
<600	5	2	1	0	0	8
	62,5%	25,0%	12,5%	0,0%	0,0%	100,0%
600-1.500	7	5	5	2	1	20
	35,0%	25,0%	25,0%	10,0%	5,0%	100,0%
1.501-3.000	0	0	1	0	0	1
	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
3.001-4.000	0	0	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
>4.000	3	2	1	0	2	8
	37,5%	25,0%	12,5%	0,0%	25,0%	100,0%
Total	15	9	8	2	4	38
	39,5%	23,7%	21,1%	5,3%	10,5%	100,0%

Jumlah dokter ditabulasi silang dengan kepadatan penduduk di setiap kabupaten/kota, seperti yang terlihat di Tabel 3. Kategori dengan populasi tidak padat (<600 orang per kilometer persegi) didominasi oleh jumlah dokter yang rendah (<300 dokter). Namun, jumlah dokter yang sangat tinggi (>1.000 dokter) berada di daerah yang sangat padat penduduknya (>4.000 orang per kilometer persegi). Akibatnya, jumlah dokter berhubungan

positif dengan kepadatan penduduk di suatu kabupaten/kota. Dengan kata lain, dokter lebih tertarik untuk berpraktik di wilayah yang padat penduduknya.

Tabel 4. Tabulasi Silang Jumlah Dokter dan Persentase Penduduk Miskin di Jawa Timur Tahun 2022

Persentase Penduduk Miskin	Jumlah Dokter					Total
	< 300	300 - 500	501 - 701	701 - 1.000	> 1.000	
<5%	1	1	0	0	2	4
	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
5%-8%	3	2	4	0	1	10
	30,0%	20,0%	40,0%	0,0%	10,0%	100,0%
9%-12%	4	4	4	2	1	15
	26,7%	26,7%	26,7%	13,3%	6,7%	100,0%
13%-16%	3	2	0	0	0	5
	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
>16%	4	0	0	0	0	4
	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	15	9	8	2	4	38
	39,5%	23,7%	21,1%	5,3%	10,5%	100,0%

Hasil tabulasi silang antara jumlah dokter dan persentase penduduk miskin menunjukkan tren yang bervariasi. Persentase penduduk miskin yang rendah (<5%) berhubungan dengan jumlah dokter yang banyak (>1.000 dokter). Sebaliknya, persentase penduduk miskin yang sangat tinggi (>16%) didominasi oleh jumlah dokter yang sedikit (<300 dokter). Namun, tren yang berbeda terlihat pada kategori lainnya. Misalnya, persentase penduduk miskin yang tingkat menengah berhubungan dengan jumlah dokter yang kecil, sedangkan jumlah dokter yang memiliki persentase tingkat menengah sedang bekerja di kabupaten/kota dengan persentase penduduk miskin tingkat menengah.

Tabel 5. Tabulasi Silang Jumlah Dokter dan Jumlah Rumah Sakit di Jawa Timur Tahun 2022

Jumlah Rumah Sakit	Jumlah Dokter					Total
	< 300	300 - 500	501 - 700	701 - 1.000	> 1.000	
<5	10	2	0	0	0	12
	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
5-8	5	6	1	0	0	12
	41,7%	50,0%	8,3%	0,0%	0,0%	100,0%
9-12	0	1	5	1	0	7
	0,0%	14,3%	71,4%	14,3%	0,0%	100,0%
13-16	0	0	2	0	1	3
	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
>16	0	0	0	1	3	4
	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
Total	15	9	8	2	4	38
	39,5%	23,7%	21,1%	5,3%	10,5%	100,0%

Mengenai jumlah rumah sakit semua kabupaten/kota yang berada di Jawa Timur, sangat sedikit dokter (<300 dokter) bekerja di kabupaten/kota yang memiliki sedikit rumah sakit (<5

rumah sakit). Sebaliknya, sejumlah besar rumah sakit (>16 rumah sakit) cenderung menarik banyak dokter (>1000 dokter). Oleh karena itu, hasil ini menunjukkan bahwa jumlah dokter berkorelasi positif dengan jumlah rumah sakit di kabupaten/kota. Kabupaten/kota dengan jumlah rumah sakit yang banyak akan memiliki lebih banyak dokter.

Tabel 6. Tabulasi Silang Jumlah Dokter dan Jumlah Puskesmas di Jawa Timur Tahun 2022

Jumlah Puskesmas	Jumlah Dokter					Total
	< 300	300 - 500	501 - 700	701 – 1.000	> 1.000	
<10	4	2	1	0	0	7
	57,1%	28,6%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%
10-20	1	1	0	0	1	3
	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%
21-30	9	3	1	0	1	14
	64,3%	21,4%	7,1%	0,0%	7,1%	100,0%
31-40	1	3	5	1	1	11
	9,1%	27,3%	45,5%	9,1%	9,1%	100,0%
>40	0	0	1	1	1	3
	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Total	15	9	8	2	4	38
	39,5%	23,7%	21,1%	5,3%	10,5%	100,0%

Hasil sebelumnya juga menunjukkan hubungan antara jumlah dokter dan jumlah puskesmas. Kabupaten/kota dengan jumlah puskesmas yang sangat sedikit (<10 puskesmas) didominasi oleh jumlah dokter yang rendah (<300 dokter). Oleh karena itu, jumlah dokter yang banyak (>1.000 dokter) cenderung melakukan praktik di kabupaten/kota dengan jumlah puskesmas yang banyak (>40 puskesmas), menunjukkan bahwa jumlah puskesmas menunjukkan hubungan linier dengan jumlah dokter.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah dokter berkorelasi positif dengan jumlah penduduk, kepadatan penduduk, jumlah rumah sakit, dan jumlah puskesmas. Situasi ini merupakan hasil dari kebijakan layanan kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah. Misalnya, kebijakan yang melibatkan puskesmas dalam menetapkan peraturan untuk mengatur jumlah minimal tenaga kesehatan, termasuk dokter. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menetapkan standar kecukupan tenaga kesehatan di puskesmas dengan menetapkan jumlah minimal tenaga kesehatan yang diperlukan agar pusat-pusat ini dapat berfungsi secara efektif. Standar kecukupan tenaga kerja ini bervariasi antara puskesmas rawat inap dan non-rawat inap. Di puskesmas non-rawat inap, harus ada setidaknya satu dokter di wilayah perkotaan, pedesaan, serta daerah terpencil dan sangat terpencil. Di sisi lain, puskesmas rawat inap harus memiliki setidaknya dua dokter, baik di daerah pedesaan maupun di daerah terpencil dan sangat terpencil. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Jumlah dokter di kota cenderung tinggi karena populasi yang lebih padat, fasilitas layanan kesehatan yang lebih lengkap, dan kemampuan keuangan pemerintah daerah dalam pengadaan tenaga kesehatan. Selain itu, wilayah kota cukup menarik bagi tenaga kesehatan untuk berpraktik (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2023). Regulasi ini juga menjadi dasar untuk penerbitan kebijakan lainnya, seperti Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 33 Tahun 2018 tentang Program Nusantara Sehat. Program Nusantara Sehat diinisiasi untuk

memenuhi kebutuhan beberapa puskesmas di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan, di mana jumlah tenaga kesehatan tidak sesuai dengan standar (Simanjuntak et al., 2018). Kebijakan ini menjadi alternatif untuk mendistribusikan dokter dan tenaga kesehatan lainnya di daerah-daerah yang jarang diminati oleh para profesional tersebut. Dokter dapat didistribusikan melalui dua cara, yaitu sebagai bagian dari mekanisme berbasis tim bersama dengan tenaga kesehatan lainnya, atau melalui mekanisme individu, sesuai dengan Program Pegawai Tidak Tetap. Selain itu, pemerintah memberikan perhatian khusus kepada daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan dengan membuat kebijakan khusus. Ini mencakup pendirian rumah sakit keliling, rumah sakit perbatasan, dokter sementara, dan layanan air, serta kebijakan pembiayaan untuk kesehatan (Misnaniarti et al., 2017; Pratiwi et al., 2014; Prawiroharjo et al., 2019). Namun, diperlukan struktur dukungan tambahan untuk redistribusi dokter di Indonesia.

Selain variabel makro yang telah diteliti, beberapa kondisi regional menarik minat dokter, seperti kapasitas fiskal daerah, pendapatan asli daerah, produk domestik bruto regional, pertumbuhan ekonomi, dan persentase anggaran yang disediakan untuk sektor kesehatan (McIsaac et al., 2019; Thomson, 2019; Wahab et al., 2016). Temuan penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian terbaru di India (Karan et al., 2019; Singh, 2019) dan China (Zhu et al., 2019). Hasil menunjukkan bahwa distribusi dokter dipengaruhi oleh populasi serta kepadatan penduduk di suatu daerah. Ketimpangan dalam distribusi dokter di India dan China sejalan dengan peningkatan indeks Gini (Singh, 2019; Wu & Yang, 2019; Yang et al., 2019).

Sedikit perbedaan dari temuan saat ini menunjukkan bahwa dokter di Lebanon kurang tertarik pada layanan kesehatan primer dan lebih memilih bekerja secara mandiri di daerah perkotaan. Setidaknya ada lima masalah utama yang berkontribusi terhadap ketidaktertarikan dokter pada layanan kesehatan primer. Masalah-masalah tersebut termasuk pemahaman yang minim tentang konsep, lingkup kerja yang kecil dalam layanan kesehatan primer, masalah rekrutmen, rendahnya retensi dokter, tantangan di daerah terpencil dan tertinggal, serta kurangnya peran pembuat kebijakan setelah distribusi (Alameddine et al., 2016). Retensi dokter, terutama di pusat kesehatan primer, rendah karena pendapatan yang rendah. Sistem kapitasi yang digunakan sebagai dasar pembayaran layanan medis tidak berlaku bagi dokter yang bekerja di daerah terpencil, khususnya karena difusi. Selain itu, dokter menghadapi lingkungan kerja yang sulit dan tidak mendapatkan jaminan kehidupan sosial (Bertone et al., 2016; Honda et al., 2019; Mashange et al., 2019).

Keengganan dokter untuk bekerja di daerah pedesaan dan terpencil yang jauh dari kota menjadi tantangan. Akibatnya, akses ke layanan kesehatan di daerah perkotaan jauh melebihi akses di daerah pedesaan (Gonzales et al., 2017; Kenea & Jisha, 2017; Li et al., 2018; Wen et al., 2017). Daerah Indonesia bagian timur, yang didominasi oleh daerah pedesaan, fasilitas yang tidak memadai, dan kepadatan penduduk yang rendah, menjadi penghalang bagi dokter dan tenaga kesehatan lainnya (Nantabah et al., 2019).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Laksono dkk pada tahun 2019, dijelaskan bahwa jumlah dokter memiliki hubungan positif dengan besar kecilnya populasi, kepadatan penduduk, banyaknya rumah sakit, dan jumlah puskesmas. Dalam penelitian tersebut, ditemukan bahwa daerah dengan populasi yang lebih besar cenderung memiliki lebih banyak dokter. Kepadatan penduduk yang tinggi juga berkontribusi terhadap peningkatan jumlah dokter, karena kebutuhan layanan kesehatan yang lebih besar. Selain itu, jumlah rumah sakit dan puskesmas yang banyak di suatu daerah juga menunjukkan adanya korelasi dengan peningkatan jumlah dokter yang bertugas. Hal tersebut sejalan dengan penelitian ini yang memiliki hasil penelitian yang sama. Penemuan-penemuan ini menggarisbawahi pentingnya perencanaan dan pengelolaan tenaga kesehatan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Dengan memahami faktor-faktor yang mempengaruhi distribusi dokter, pemerintah dan pihak terkait dapat mengambil langkah-langkah yang lebih efektif dalam meningkatkan akses dan kualitas

layanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Penelitian ini menggarisbawahi pentingnya analisis mendalam di tingkat makro untuk mengoptimalkan kebijakan kesehatan. Meskipun rekomendasi kebijakan saat ini didasarkan pada data agregat kabupaten/kota di Jawa Timur, masih terdapat kebutuhan mendesak untuk memahami dinamika individu, baik dari sisi dokter sebagai pelaksana kebijakan maupun masyarakat sebagai penerima layanan.

Penelitian lanjutan yang berfokus pada faktor-faktor individu dapat mengungkap variabel kunci yang mempengaruhi efektivitas kebijakan di lapangan. Dengan demikian, hasil penelitian ini tidak hanya memberikan panduan umum, tetapi juga membuka jalan bagi pengambilan keputusan yang lebih terperinci dan disesuaikan dengan kondisi spesifik di masing-masing daerah. Penelitian masa depan diharapkan mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan kritis yang muncul dari temuan agregat, sehingga kebijakan kesehatan dapat diimplementasikan dengan lebih tepat sasaran dan efisien.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi jumlah dokter di Jawa Timur berhubungan positif dengan jumlah penduduk, kepadatan penduduk, jumlah rumah sakit, dan jumlah puskesmas. Masih terdapat ketimpangan distribusi dokter di wilayah perkotaan dan kabupaten. Faktor-faktor regional seperti kapasitas fiskal daerah, pendapatan asli daerah, dan persentase anggaran untuk sektor kesehatan juga mempengaruhi distribusi dokter.

Selain itu, masih ada dokter yang kurang mau untuk bekerja di daerah yang jauh dari kota menjadi kendala utama, yang mengakibatkan akses layanan kesehatan di kota jauh lebih baik dibandingkan di daerah kabupaten. Pemerintah telah memiliki program Nusantara Sehat. Namun, pemerintah perlu menambah kebijakan lain untuk redistribusi dokter di Indonesia. Retensi dokter di daerah tertinggal dapat dipertahankan dengan memberikan penghargaan, baik materi maupun non-materi. Misalnya, pemerintah dapat menjamin kemudahan pendaftaran ke sekolah spesialis bagi dokter yang bertugas di daerah ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan penuh rasa syukur, saya ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyelesaian penelitian ini. Utamanya adalah saya ingin mengucapkan terima kasih kepada keluarga dan teman-teman yang selalu memberikan dukungan moral dan motivasi. Semoga segala kebaikan dan dukungan yang telah diberikan mendapatkan balasan yang setimpal.

DAFTAR PUSTAKA

- Alameddine, M., Khodr, H., Mourad, Y., Yassoub, R., & Ramia, J. A. (2016). Upscaling The Recruitment And Retention Of Human Resources For Health At Primary Healthcare Centres In Lebanon: A Qualitative Study. *Health Soc Care Community*, 43(3), 353–362.
- Bertone, M. P., Lurton, G., & Mutombo, P. B. (2016). Investigating The Remuneration Of Health Workers In The DR Congo: Implications For The Health Workforce And The Health System In A Fragile Setting. *Health Policy And Planning*, 31(9), 1143–1151.
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. (2023). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2022*.
- Gonzales, S., Mullen, M. T., Skolarus, L., Thibault, D. P., Udoeyo, U., & Willis, A. W. (2017). Progressive Rural-Urban Disparity In Acute Stroke Care. *Neurology*, 88(5), 441–448.
- Hermawan, A. (2019). Analisis Distribusi Tenaga Kesehatan (Dokter Perawat Dan Bidan) Di Indonesia Pada 2013 Dengan Menggunakan Gini Index. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 22(3), 167–175.

- Honda, A., Krucien, N., Ryan, M., Diouf, I. S. N., Salla, M., Nagai, M., & Fujita, N. (2019). For More Than Money: Willingness Of Health Professionals To Stay In Remote Senegal. *Human Resources For Health*, 17(28), 1–11.
- Karan, A., Negandhi, H., Nair, R., Sharma, A., Tiwari, R., & Zodpey, S. (2019). Size, Composition And Distribution Of Human Resource For Health In India: New Estimates Using National Sample Survey And Registry Data. *BMJ Open*, 9(4), 1–11.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022*.
- Kenea, D., & Jisha, H. (2017). Urban-Rural Disparity And Determinants Of Delivery Care Utilization In Oromia Region, Ethiopia: Community-Based Cross Sectional Study. *International Journal Of Nursing Practice*, 23(1), 1–10.
- Laksono, A. D., Ridlo, I. A., & Ernawaty. (2020). DISTRIBUTION ANALYSIS OF DOCTORS IN INDONESIA. *Indonesian Journal Of Health Administration*, 8(1), 29–39.
- Li, J., Shi, L., Liang, H., Ding, G., & Xu, L. (2018). Urban-Rural Disparities In Health Care Utilization Among Chinese Adults From 1993 To 2011. *BMC Health Services Research*, 18(102), 1–9.
- Mashange, W., Martineau, T., Chandiwana, P., Chirwa, Y., Pepukai, V. M., Munyati, S., & Alonso-Garbayo, A. (2019). Flexibility Of Deployment: Challenges And Policy Options For Retaining Health Workers During Crisis In Zimbabwe. *Human Resources For Health*, 17(1), 1–9.
- Mcisaac, M., Scott, A., & Kalb, G. (2019). The Role Of Financial Factors In The Mobility And Location Choices Of General Practitioners In Australia. *Human Resources For Health*, 17(1), 1–9.
- Misnaniarti, M., Hidayat, B., Pujiyanto, P., Nadjib, M., Thabrany, H., Junadi, P., Besral, B., Purwoko, B., Trihono, T., & Yulaswati, V. (2017). Ketersediaan Fasilitas Dan Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Cakupan Semesta Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 1(1), 6–16.
- Nantabah, Z. K., Auliyati, Z., & Laksono, A. D. (2019). Gambaran Akses Pelayanan Kesehatan Pada Balita Di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 22(1), 54–61.
- Nurul Hikmah B, K., Rahman, H., & Puspitasari, A. (2020). Membandingkan Ketimpangan Ketersediaan Tenaga Kesehatan Puskesmas Di Wilayah Indonesia Timur. *Window Of Public Health Journal*, 1(1), 31–37.
- Pratiwi, N. L., Suprpto, A., Laksono, A. D., R, B., Rukmini, Gurendro, Ristrini, Astuti, W. D., & S, M. (2014). Kajian Kebijakan Penyaluran Dana Bantuan Operasional Kesehatan Dalam Mendukung Pencapaian Kesehatan Ibu Dan Anak (MDGS 4,5) Di Tiga Kabupaten, Kota Di Propinsi Jawa Timur Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17(4), 395–405.
- Prawiroharjo, P., Pratama, P., & Librianty, N. (2019). Layanan Telemedis Di Indonesia: Keniscayaan, Risiko, Dan Batasan Etika. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*, 3(1), 1–9.
- Simanjuntak, A. T., Kusmanto, H., & Suriadi, A. (2018). Efektivitas Program Nusantara Sehat Pada Puskesmas Tanjung Beringin, Kecamatan Tanjung Beringin Kabupaten Serdang Bedagai. *ANTHROPOS: Jurnal Antropologi Sosial Dan Budaya*, 4(1), 92–107.
- Singh, A. (2019). Shortage And Inequalities In The Distribution Of Specialists Across Community Health Centres In Uttar Pradesh, 2002-2012. *BMC Health Services Research*, 19(331), 1–16.
- Thomson, M. (2019). Who Had Access To Doctors Before And After New Universal Capitated Subsidies In New Zealand? *Health Policy*, 123(8), 756–764.
- UU RI Nomor 17 Tahun 2023, Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (2023).
- Wahab, M. A., Husein, V. M., & Al-Hadithi, T. S. (2016). Distribution Of Doctors' Workforce In Erbil Governorate. *Zanco Journal Of Medical Sciences*, 20(1), 1138–1146.

- Wen, P., Lee, C., Chang, Y., Ku, L., & Li, C. (2017). Demographic And Rural-Urban Variations In Dental Service Utilization In Taiwan. *Rural And Remote Health, 17*, 1–7.
- WHO. (2016). *Health Workforce Requirements For Universal Health Coverage And The Sustainable Development Goals*. <http://www.who.int/about/licensing/>
- Wu, J., & Yang, Y. (2019). Inequality Trends In The Demographic And Geographic Distribution Of Health Care Professionals In China: Data From 2002 To 2016. *International Journal Of Health Planning And Management, 34*(1), E487–E508.
- Yang, L., Yin, Y., & Wang, H. (2019). Is The Health Workforce Distribution In Beijing, China Perfectly Equitable? *Ethiopian Journal Of Health Development, 33*(1), 22–27.
- Zhu, B., Hsieh, C. W., & Mao, Y. (2019). Addressing The Licensed Doctor Maldistribution In China: A Demand-And-Supply Perspective. *International Journal Of Environmental Research And Public Health, 16*(10), 1–19.