



INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research

Volume 5 Nomor 4 Tahun 2025 Page 6159-6174

E-ISSN 2807-4238 and P-ISSN 2807-4246

Website: <https://j-innovative.org/index.php/Innovative>

Analisis Keseimbangan Supply dan Demand Tenaga Kesehatan di Indonesia

Dewi Probo Astuti^{1✉}, Clara Meilindawaty Situmorang², Sri Evehulisa Pinem³,
Budi Hartono⁴, Alfani Ghutsa Daud⁵

(1) (2) (3) Universitas Respati Indonesia, (4) Universitas Hang Tuah Pekanbaru, (5) Universitas
Indonesia

Email: dewi.probo2504@gmail.com^{1✉}

Abstrak

Ketidakeimbangan antara pasokan dan permintaan tenaga kesehatan masih menjadi isu mendesak dalam sistem kesehatan Indonesia, terutama di daerah terpencil dan tertinggal (3T). Meskipun jumlah tenaga kesehatan terus meningkat secara nasional, distribusinya belum merata dan masih terkonsentrasi di kota-kota besar, sementara daerah terpencil mengalami kekurangan yang signifikan. Penelitian ini menggunakan metode tinjauan pustaka dengan pendekatan sintesis naratif kualitatif untuk mengkaji kondisi ketersediaan tenaga kesehatan di Indonesia saat ini. Penelitian ini menganalisis ketidakseimbangan (maldistribusi) antara pasokan dan permintaan tenaga kesehatan dari perspektif ekonomi kesehatan. Penelitian ini juga menganalisis faktor-faktor penyebab ketimpangan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia dari perspektif kebijakan, sosial, dan ekonomi, seperti terbatasnya lulusan, kebijakan yang belum terintegrasi, insentif yang minim, dan lemahnya koordinasi lintas sektor. Penelitian ini mengevaluasi kebijakan dan strategi pemerintah untuk mengatasi kekurangan dan ketimpangan tenaga kesehatan. Penelitian ini juga memberikan rekomendasi untuk perencanaan tenaga kesehatan yang lebih adil, setara, dan berkelanjutan. Analisis ini menunjukkan bahwa perencanaan tenaga kesehatan perlu diperkuat melalui upaya-upaya konkret, seperti menyelaraskan kebijakan pendidikan, kesehatan, dan ketenagakerjaan; memastikan keterlibatan lintas sektor; mempercepat pencapaian target rasio tenaga kesehatan; meningkatkan beasiswa untuk pendidikan kesehatan; dan menyediakan insentif finansial dan nonfinansial yang menarik dan tepat sasaran. Studi ini merekomendasikan pendekatan yang komprehensif dan berkelanjutan untuk memastikan distribusi tenaga kesehatan yang adil dan merata, sebagai langkah penting dalam mendukung pencapaian Cakupan Kesehatan Semesta (UHC) di Indonesia.

Kata Kunci: *Penawaran, Permintaan, Tenaga Kesehatan di Indonesia*

Abstract

The imbalance between the supply and demand for health workers remains a pressing issue in Indonesia's health system, particularly in remote and underdeveloped (3T) areas. Although the number of health workers continues to increase nationally, their distribution is uneven and remains concentrated in large cities, while remote areas experience significant shortages. This study uses a literature review method with a qualitative narrative synthesis approach to examine the current state of health worker availability in Indonesia. It analyzes the imbalance (maldistribution) between the supply and demand of health workers from a health economics perspective. It analyzes the factors causing the unequal distribution of health workers in Indonesia from policy, social, and economic perspectives, such as limited graduates, unintegrated policies, minimal incentives, and weak cross-sectoral coordination. It evaluates government policies and strategies to address the shortage and inequality of health workers. It also provides recommendations for more equitable, equitable, and sustainable health workforce planning. The analysis indicates that health workforce planning needs to be strengthened through concrete efforts, such as aligning education, health, and employment policies; ensuring cross-sectoral government involvement; accelerating the achievement of health workforce ratio targets; increasing scholarships for health education; and providing attractive and well-targeted financial and non-financial incentives. This study recommends a comprehensive and sustainable approach to ensure fair and equitable distribution of health workers, as an important step in supporting the achievement of Universal Health Coverage (UHC) in Indonesia.

Keywords: Supply, Demand, Health Workers in Indonesia

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak dasar setiap manusia. Namun hingga kini, sekitar 400 juta orang di dunia masih belum bisa mendapatkan layanan kesehatan dasar, dan sekitar 40% penduduk dunia belum memiliki jaminan sosial. Kesehatan sendiri merupakan kondisi fisik dan mental yang baik sehingga seseorang dapat hidup produktif, baik secara sosial maupun ekonomi. (World Health Organisation, 2021)

Sektor kesehatan memegang peranan penting dalam pembangunan suatu negara karena sangat memengaruhi kualitas hidup masyarakat dan menjadi indikator utama dalam menilai kesejahteraan masyarakat. Pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan menjadi ukuran keberhasilan suatu sistem kesehatan. (Gunawan & Aunguroch, 2015)

Permintaan akan layanan kesehatan terus meningkat dari waktu ke waktu. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, seperti bertambahnya jumlah penduduk, perubahan struktur usia menuju populasi lansia, berkembangnya penyakit degeneratif, pandemi, serta meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat. Sayangnya, pertumbuhan layanan kesehatan tidak selalu sejalan dengan peningkatan kebutuhan tersebut. Di daerah terpencil, masih banyak kekurangan tenaga kesehatan dan fasilitas yang

Copyright @ Dewi Probo Astuti, Clara Meilindawaty Situmorang, Sri Evehulisa Pinem,

Budi Hartono, Alfani Ghutsa Daud

memadai. Di sisi lain, di kota-kota besar justru terjadi kelebihan permintaan, yang menyebabkan antrean panjang, kelelahan tenaga medis, dan penurunan kualitas pelayanan. (Muhammad Nur et al., 2021)

Saat ini, Indonesia masih dihadapkan dengan tantangan serius terhadap ketidakseimbangan antara jumlah layanan kesehatan yang tersedia (supply) dan kebutuhan masyarakat terhadap layanan tersebut (demand). Hal ini terlihat dari kurangnya tenaga kesehatan, terbatasnya fasilitas dan obat-obatan, serta akses yang tidak merata di berbagai daerah. Masalah utama yang paling menonjol yaitu distribusi tenaga kesehatan yang belum merata. (Muhammad Nur et al., 2021)

Berdasarkan Pasal 154 ayat 1 menyebutkan bahwa pendistribusian dan penempatan tenaga kesehatan merupakan bagian dari tanggung jawab pemerintah dalam menjamin ketersediaan sumber daya manusia kesehatan secara adil dan merata di seluruh wilayah Indonesia (Kesehatan & Indonesia, 2022). Pemerintah bertanggung jawab dalam penempatan tenaga kesehatan yang adil dan merata di seluruh wilayah. Namun kenyataannya, banyak daerah yang kekurangan tenaga kesehatan, sedangkan di daerah lain justru berlebihan. (Nurul Hikmah B et al., 2020)

Sumber daya manusia kesehatan (SDMK) adalah unsur strategis dalam sistem kesehatan. SDMK memiliki peran penting dalam pembangunan kesehatan dan pengelolaan sistem kesehatan nasional. Permasalahan terkait SDMK tergolong cukup kompleks dan tidak bisa diselesaikan hanya oleh Kementerian Kesehatan saja. Tantangan SDMK mencakup beberapa aspek utama, yaitu ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan, dan mutu (Harahap, 2019). Ketersediaan berarti apakah jumlah tenaga kesehatan sudah sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Keterjangkauan berkaitan dengan kemudahan masyarakat dalam mengakses layanan dari tenaga kesehatan. Penerimaan menunjukkan kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang setara kepada semua orang. Sedangkan mutu mencakup kompetensi, pengetahuan, sikap, dan perilaku tenaga kesehatan yang sesuai dengan standar dan etika profesi. (Attriani, 2022)

Ketersediaan tenaga kesehatan yang merata dan berkualitas sangat penting untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (Universal Health Coverage/UHC). Menurut WHO, diperkirakan akan ada kekurangan lebih dari 18 juta tenaga kesehatan di dunia hingga tahun 2030. Oleh karena itu, strategi global dikembangkan untuk memastikan bahwa semua negara, terutama negara berkembang, memiliki tenaga kesehatan yang cukup melalui pelatihan, perekrutan, dan kebijakan retensi tenaga kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Krisis tenaga kesehatan mencakup tiga masalah utama: jumlah tenaga yang belum mencukupi, penyebaran yang tidak merata, serta kinerja atau kualitas kerja tenaga

kesehatan itu sendiri. Untuk menciptakan sistem kesehatan yang kuat dan merata, ketiga hal ini perlu menjadi perhatian utama pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya. (Nurul Hikmah B et al., 2020)

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat dan hamper tersebar merata di seluruh Indonesia adalah Puskesmas. Namun, dalam pelaksanaannya, Puskesmas masih menghadapi berbagai isu strategis terkait sumber daya manusia kesehatan (SDMK) meliputi belum meratanya distribusi tenaga kesehatan, kualitas SDM yang masih perlu ditingkatkan, serta tantangan dalam pembagian tugas (task shifting) dan pelaksanaan banyak tugas oleh satu tenaga (multitasking) (Attriani, 2022). Berdasarkan data dari Riset Fasilitas Kesehatan, dari total 8.980 puskesmas di Indonesia, sebagian besar sudah memiliki tenaga dokter, yaitu sekitar 95,8%. Namun, masih ada sekitar 4,2% puskesmas yang belum memiliki dokter. Kekurangan ini paling banyak ditemukan di wilayah Indonesia Timur, terutama di Papua dan Papua Barat, di mana lebih dari 16% puskesmas tidak memiliki dokter. Selain itu, beberapa provinsi lain juga masih menunjukkan angka 10–15% puskesmas tanpa tenaga dokter. Untuk tenaga perawat, distribusinya juga belum merata. Di provinsi seperti Nusa Tenggara Barat (NTB), Sulawesi Tenggara, Gorontalo, dan Papua, masih terdapat 1–3 puskesmas yang tidak memiliki perawat. Hal serupa terjadi pada tenaga bidan, terutama di Papua (20,1%), Papua Barat (5,8%), dan Maluku (6,8%) yang memiliki puskesmas tanpa kehadiran bidan. Idealnya, setiap puskesmas memiliki tenaga kesehatan yang lengkap. Kondisi kekurangan tenaga kesehatan ini seharusnya tidak terjadi jika distribusinya bisa dilakukan secara merata ke seluruh wilayah. (Nurul Hikmah B et al., 2020)

Pada sebuah penelitian analisis deskriptif terkait distribusi tenaga kesehatan provinsi dan status indikator kesehatan nasional mengungkapkan bahwa banyak daerah terpencil dan pedesaan di Indonesia masih kekurangan tenaga kesehatan. Akibat dari kekurangan ini, beberapa provinsi mencatat angka kematian ibu dan bayi yang masih tinggi, serta prevalensi stunting yang mengkhawatirkan pada anak-anak di bawah lima tahun. Artinya, ketidakseimbangan penyebaran tenaga kesehatan di Inonesia mempengaruhi pencapaian tiga indikator kesehatan, yaitu Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan prevalensi stunting. (Rutmauli Hutagaol, Erna Fauziah, Mahdalena, 2025)

Tujuan dari literatur review ini adalah untuk mengkaji secara komprehensif pengertian serta menganalisis perspektif hukum terkait penyelenggaraan asuransi di Indonesia dengan tujuan khusus sebagai berikut:

1. Untuk mengkaji kondisi terkini ketersediaan tenaga kesehatan di Indonesia.

2. Untuk menganalisis ketidakseimbangan (*maldistribusi*) antara supply dan demand tenaga kesehatan ditinjau dari perspektif ekonomi kesehatan.
3. Untuk menganalisis faktor-faktor penyebab ketimpangan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia dari aspek kebijakan, sosial dan ekonomi.
4. Untuk mengevaluasi kebijakan dan strategi pemerintah dalam mengatasi kekurangan dan ketimpangan tenaga kesehatan.
5. Untuk memberikan rekomendasi terhadap upaya perencanaan tenaga kesehatan yang lebih adil, merata, dan berkelanjutan guna mencapai Universal Health Coverage (UHC).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode studi literatur dengan pendekatan sintesis naratif kualitatif untuk mengkaji analisis keseimbangan supply dan demand tenaga kesehatan di Indonesia. Pertama, empat basis data bibliografi utama—PubMed, Scopus, Web of Science, dan Google Scholar—ditelusuri secara sistematis menggunakan kombinasi kata kunci (“Supply” Dan “Demand”) Dan (“Supply Tenaga Kesehatan di Indonesia” Dan “Demand Tenaga Kesehatan di Indonesia”). Analisis dilakukan melalui telaah isi (content analysis) secara deskriptif dan kritis untuk menyajikan pemahaman menyeluruh mengenai analisis keseimbangan supply dan demand tenaga kesehatan di Indonesia.

Judul dan abstrak disaring secara independen oleh dua peninjau berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya—studi empiris yang mengkaji ketersediaan (supply) dan kebutuhan (demand) tenaga kesehatan di Indonesia, termasuk analisis subkelompok (misalnya, distribusi tenaga kesehatan, kebijakan dan pemerintah, serta dampaknya terhadap akses layanan kesehatan dasar dan pencapaian Universal Health Coverage).—sementara mengecualikan komentar, karya yang murni teoritis tanpa data Indonesia. Teks lengkap dari artikel yang berpotensi memenuhi syarat diambil dan ditinjau ulang, dengan setiap ketidaksepakatan diselesaikan melalui konsensus atau keputusan pihak ketiga.

Data dari setiap studi yang disertakan diekstraksi ke dalam format standar yang mencakup: penulis, tahun, desain studi, kondisi ketersediaan tenaga kesehatan terkini, dimensi supply dan demand, serta intervensi kebijakan yang relevan. Studi yang diekstraksi kemudian disusun secara tematis: kondisi ketersediaan tenaga kesehatan terkini, *maldistribusi* antara supply dan demand, faktor penyebab ketimpangan, evaluasi kebijakan dan rekomendasi. Seluruh data dianalisis melalui sintesis naratif untuk mengidentifikasi pola, kecenderungan, dan kesenjangan dalam distribusi tenaga kesehatan. Analisis ini juga digunakan untuk membandingkan kondisi ideal menurut regulasi dengan praktik di

lapangan. Hasil sintesis menjadi dasar untuk merumuskan rekomendasi kebijakan yang bersifat aplikatif dan berkontribusi terhadap penguatan sistem perencanaan dan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia secara lebih merata dan adil.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut ini adalah tinjauan pustaka yang disintesis mengenai analisis keseimbangan supply dan demand tenaga kesehatan di Indonesia yang mengkaji kondisi terkini ketersediaan tenaga kesehatan, *maldistribusi* antara supply dan demand tenaga kesehatan ditinjau dari perspektif ekonomi, faktor-faktor penyebab ketimpangan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia, evaluasi kebijakan dan strategi pemerintah serta rekomendasi terhadap upaya perencanaan tenaga kesehatan yang lebih adil, merata, dan berkelanjutan guna mencapai Universal Health Coverage (UHC).

Kondisi Terkini Ketersediaan Tenaga Kesehatan Di Indonesia.

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024 di bidang kesehatan tetap menargetkan pencapaian cakupan kesehatan semesta (universal health coverage) dengan memperkuat layanan kesehatan dasar (Primary Health Care) sebagai ujung tombak pelayanan. Sejalan dengan arah ini, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan pentingnya penguatan sistem kesehatan nasional melalui tata kelola Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang komprehensif. (Kesehatan & Indonesia, 2022)

SDMK mencakup tenaga kesehatan strategis maupun tenaga pendukung yang bekerja dan mengabdikan dalam pelayanan serta pengelolaan kesehatan. Untuk mendukung layanan kesehatan semesta, ada empat aspek penting yang harus dipenuhi terkait SDMK: jumlah dan jenis tenaga yang memadai, pemerataan sebaran tenaga, kualitas atau kompetensi, serta kinerja SDMK. (Syahdilla & Susilawati, 2023)

Pada tahun 2022, Indonesia memiliki rasio tenaga kesehatan sebesar 3,84 per 1.000 penduduk, masih di bawah standar WHO sebesar 4,45 per 1.000 penduduk yang diperlukan untuk menjamin cakupan layanan kesehatan universal sebesar 80%. Artinya, Indonesia membutuhkan tambahan 166.000 tenaga kesehatan. (Prof. Dr. Achmad Chusnu Romdhoni, dr., Sp.T.H.T.B.K.L., Subsp.Onk (K), 2025)

Berdasarkan data SISDMK per Maret 2024 tercatat dari 10.217 puskesmas yang ada di seluruh Indonesia, 48 persen di antaranya atau 4.908 Puskesmas belum bisa memenuhi ketersediaan sembilan jenis tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Hal ini menunjukkan adanya ketimpangan dalam distribusi tenaga kesehatan. Beberapa Puskesmas memiliki jumlah tenaga yang berlebihan, sementara yang lain justru kekurangan. Ketidakmerataan

ini menandakan adanya kesenjangan yang semakin lebar dalam pemenuhan tenaga kesehatan di berbagai daerah. (Semarang, 2024)

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) per Februari 2025, jumlah tenaga kesehatan di Indonesia mencapai sekitar 1,58 juta orang. Tenaga kesehatan tersebut terdiri dari berbagai profesi, dengan jumlah terbesar adalah perawat sebanyak 603.046 orang, disusul oleh bidan sebanyak 362.212 orang, serta tenaga medis yang mencakup dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis sebanyak 207.174 orang. Selain itu, terdapat tenaga kefarmasian sebanyak 131.079 orang, tenaga teknik biomedika 83.877 orang, tenaga kesehatan masyarakat 61.585 orang, tenaga keteknisian medis 55.315 orang, tenaga gizi 34.553 orang, tenaga kesehatan lingkungan 24.559 orang, terapi fisik 15.588 orang, psikolog klinis 1.633 orang, dan tenaga kesehatan tradisional sebanyak 558 orang. Bila dibandingkan dengan data tahun 2023, terjadi peningkatan jumlah tenaga kesehatan secara keseluruhan, yang menunjukkan adanya upaya penguatan sistem kesehatan nasional. Data dari Konsil Kesehatan Indonesia (KKI) juga mencatat bahwa hingga Juli 2025, terdapat sekitar 1,9 juta tenaga kesehatan yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi Elektronik (e-STR) aktif. (Kementerian Kesehatan RI, 2023)

Namun, sebaran tenaga kesehatan di Indonesia masih tergolong belum merata. Persebarang tertinggi terdapat di Pulau Jawa dan daerah perkotaan, sementara wilayah 3T (tertinggal, terpencil, terluar) masih minim tenaga medis. Menurut data dari BPS tahun 2023, Jawa Barat, Jawa Timur, DKI Jakarta, dan Jawa Tengah menempati posisi teratas dalam jumlah tenaga kesehatan dengan prevalensi tertinggi, sedangkan Provinsi Papua, Papua Pegunungan, dan Papua Tengah memiliki prevalensi yang paling rendah. Artinya, meskipun jumlah total tenaga kesehatan meningkat, distribusi yang tidak merata masih menjadi kendala bagi upaya pemerataan akses kesehatan nasional. (Health, 2024)

Ketidakseimbangan (*Maldistribusi*) antara Supply Dan Demand Tenaga Kesehatan Ditinjau Dari Perspektif Ekonomi Kesehatan

Ekonomi adalah ilmu tentang membuat pilihan, karena sumber daya yang tersedia di alam jumlahnya terbatas, sementara kebutuhan manusia tidak terbatas (*wants*). Hal ini juga berlaku di sektor kesehatan yang meliputi jumlah dokter, perawat, obat, dan tempat tidur rumah sakit tidak sebanding dengan tingginya permintaan (demand) layanan kesehatan. Oleh karena itu, sumber daya yang ada perlu dimanfaatkan sebaik mungkin, dengan memperhatikan efisiensi dan prinsip keadilan agar seluruh masyarakat mendapatkan pelayanan yang layak (*equitable*). (Agustina, 2022)

Supply merupakan jumlah tenaga kesehatan yang tersedia yang berasal dari lulusan perguruan tinggi di bidang kesehatan, seperti kedokteran, keperawatan, kebidanan, dan lainnya. Sementara itu, proyeksi kebutuhan atau demand adalah upaya untuk memperkirakan seberapa banyak tenaga kesehatan yang dibutuhkan di masa mendatang, agar sesuai dengan jumlah penduduk, beban penyakit, dan layanan kesehatan yang dibutuhkan di suatu wilayah. Ketika jumlah tenaga kesehatan yang tersedia (supply) tidak seimbang dengan kebutuhan di suatu wilayah (demand), maka terjadi ketimpangan atau *maldistribusi*. Jika banyak lulusan tenaga kesehatan yang bekerja di kota besar, sementara daerah terpencil kekurangan tenaga, maka suplai secara nasional terlihat cukup, tetapi distribusinya tidak merata. Maka dapat disimpulkan bahwa *maldistribusi* bukan hanya soal jumlah total tenaga kesehatan, tetapi juga soal apakah penyebarannya sudah sesuai dengan kebutuhan di setiap daerah. (Kemenkes RI, 2023)

Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata atau *maldistribusi* merupakan tantangan besar dalam sistem kesehatan, tidak hanya di negara berkembang, tetapi juga di negara maju seperti Amerika Serikat. Di Indonesia, *maldistribusi* tenaga kesehatan terjadi karena berbagai faktor, seperti kondisi geografis yang sulit dijangkau, ketimpangan ekonomi antarwilayah, dan minimnya daya tarik daerah terpencil sebagai tempat bekerja dalam jangka panjang. (Meliala, 2009)

Wilayah-wilayah terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) sering kali kekurangan tenaga kesehatan karena fasilitas yang tersedia sangat terbatas dan tidak mendukung pengembangan karier atau kenyamanan hidup. Sebaliknya, daerah perkotaan dan ekonomi maju lebih menarik bagi tenaga medis karena menawarkan fasilitas kesehatan yang lengkap, peluang karier yang lebih baik, serta akses terhadap pendidikan bagi keluarga. Akibatnya, terjadi penumpukan tenaga kesehatan di wilayah tertentu, sementara wilayah lainnya mengalami kekurangan. (Meliala, 2009)

Distribusi tenaga kesehatan tidak hanya tentang menempatkan mereka di suatu daerah (*deployment*), tetapi juga soal ketersediaan tenaga yang berkelanjutan, berapa lama mereka mau bekerja di sana, serta kenyamanan hidup selama bertugas. Dari perspektif ekonomi, distribusi dikatakan seimbang jika jumlah dan keterampilan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat di wilayah tersebut. Jika terlalu banyak atau terlalu sedikit, maka terjadi ketidakseimbangan supply dan demand atau *disequilibrium*. Sementara itu, pendekatan non-ekonomi menilai distribusi ideal berdasarkan standar, misalnya rasio dokter terhadap jumlah penduduk. Sayangnya, banyak daerah di Indonesia, khususnya daerah terpencil (DTPK), belum mencapai standar. Daerah-daerah tersebut sering

kekurangan fasilitas dan tidak menarik bagi para tenaga kesehatan untuk menetap, sehingga pelayanan kesehatan menjadi tidak maksimal. (Meliala, 2009)

Faktor-Faktor Penyebab Ketimpangan Distribusi Tenaga Kesehatan Di Indonesia Dari Aspek Kebijakan, Sosial Dan Ekonomi

Sebaran tenaga kesehatan di suatu wilayah dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik yang mendorong (*push*) maupun yang menarik (*pull*). Faktor pendorong menjelaskan mengapa terjadi kekurangan tenaga kesehatan di beberapa daerah. Sementara itu, sejauh mana tenaga kesehatan tertarik dan bersedia menetap di suatu wilayah tergantung pada dua hal utama, yaitu: alasan individu tenaga kesehatan dalam memilih tempat kerja, serta strategi pemerintah dalam merespons kondisi tersebut. (Nurul Hikmah B et al., 2020)

Berdasarkan data dari Distribusi frekuensi berdasarkan variabel penelitian di Puskesmas Wilayah Indonesia Timur Tahun 2012 menunjukkan bahwa dari sisi penyebaran fasilitas, puskesmas sudah cukup merata baik di daerah dengan tingkat ekonomi rumah tangga tinggi maupun rendah. Selain itu, proporsi puskesmas di daerah pedesaan juga cukup tinggi dibandingkan daerah perkotaan. Ini menunjukkan bahwa pemerintah telah berupaya memperbaiki layanan kesehatan masyarakat di wilayah pedesaan melalui pembangunan infrastruktur. (Candra et al., 2016)

Namun, dari sisi ketersediaan tenaga kesehatan, masih terdapat ketimpangan. Kekosongan tenaga dokter dan bidan lebih banyak terjadi di daerah dengan tingkat ekonomi rendah, yaitu sebesar 38,7%. Analisis statistik juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi ekonomi masyarakat dan ketersediaan tenaga kesehatan. Artinya, daerah yang ekonominya lemah cenderung sulit menarik dan mempertahankan tenaga kesehatan. Sebaliknya, tenaga kesehatan lebih banyak menumpuk di wilayah dengan kondisi ekonomi yang lebih baik. (Nurul Hikmah B et al., 2020)

Ketimpangan distribusi tenaga kesehatan juga tampak antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Di desa, kekurangan dokter di puskesmas masih tinggi (44%), sedangkan di kota hampir semua puskesmas memiliki dokter dan bidan. Hal ini disebabkan oleh berbagai keuntungan yang ditawarkan wilayah perkotaan, seperti akses pendidikan, peluang karier, fasilitas kesehatan yang lebih lengkap, serta status sosial yang lebih tinggi. Sebaliknya, tenaga kesehatan di desa dan daerah terpencil sering kali menghadapi kondisi kerja yang sulit, dan kurangnya penghargaan terhadap profesi mereka. (Nurul Hikmah B et al., 2020)

Beberapa kebijakan juga telah dilakukan pemerintah untuk memperbaiki distribusi dan efisiensi tenaga kesehatan, seperti pelatihan tenaga lokal, pemberian tunjangan khusus, dan beasiswa. Tujuan dari kebijakan-kebijakan ini adalah memastikan setiap warga negara mendapatkan akses layanan kesehatan yang adil dan berkualitas. Oleh karena itu, penting

untuk terus mengurangi ketidakefisienan tenaga kerja kesehatan serta memaksimalkan produktivitas dan kinerja tenaga medis yang ada. (Sousa, A., Scheffler, R. M., Nyoni, J. & Boerma, 2013)

Evaluasi Kebijakan dan Strategi Pemerintah Dalam Mengatasi Kekurangan Dan Ketimpangan Tenaga Kesehatan

Kesehatan merupakan hak dasar bagi setiap orang. Karena itu, pemerintah memiliki tanggung jawab untuk memastikan semua penduduk dapat mengakses layanan kesehatan yang berkualitas tanpa hambatan. Salah satu cara untuk mewujudkan hal ini adalah dengan memperluas pemerataan akses dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Namun, hingga Maret 2024, data dari Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa dari total 10.217 puskesmas di seluruh Indonesia, sebanyak 4.908 puskesmas (atau sekitar 48%) belum memiliki sembilan jenis tenaga kesehatan sesuai standar. Hal ini menunjukkan bahwa pemerataan akses tidak hanya soal pembangunan fasilitas, tetapi juga tentang distribusi tenaga kesehatan yang adil dari segi jumlah dan kualitas. (Pencerah Nusantara, 2019)

Tenaga kesehatan adalah elemen penting dalam sistem layanan kesehatan. Maka kebijakan distribusi dan pengembangan kualitas tenaga kesehatan menjadi hal krusial yang perlu dikaji lebih lanjut agar pelaksanaannya efektif dan efisien. Sejak tahun 1951, kebijakan tenaga kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) berfokus pada pengisian kekosongan tenaga. Pengisian dilakukan melalui tiga cara: pertama, dengan formasi Pegawai Negeri Sipil (PNS); kedua, dengan Pegawai Tidak Tetap (PTT); dan ketiga, melalui penugasan khusus tenaga kesehatan lulusan Diploma III dengan insentif tertentu. Tetapi dalam praktiknya, tenaga kesehatan hanya diseleksi administratif tanpa pelatihan khusus atau target kinerja yang jelas. Pendekatan yang hanya menekankan pada pemenuhan jumlah tenaga tidak cukup untuk menjawab tantangan ke depan, terutama dalam hal pemerataan mutu layanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. (Pencerah Nusantara, 2019)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 23 Tahun 2015, pemerintah meluncurkan Program Nusantara Sehat. Program ini dirancang untuk memperkuat layanan kesehatan primer di wilayah DTPK dan mendukung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Dengan pendekatan tim dan kerja kolaboratif antarprofesi, Nusantara Sehat diharapkan dapat memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di daerah-daerah sulit. (Khairunnisa Rahmat & Kesehatan Masyarakat, 2024)

Program Nusantara Sehat dan Pencerah Nusantara menjadi simbol kehadiran negara dan peran serta masyarakat sipil dalam menjamin layanan kesehatan dasar bagi masyarakat di DTPK. Hingga April 2019, Pencerah Nusantara telah menempatkan 16 tim di 16 puskesmas

di 14 provinsi, dan memberikan manfaat kepada sekitar 262.000 orang. Sementara itu, hingga Juni 2019, Program Nusantara Sehat telah menempatkan 3.694 tim di 645 puskesmas di 29 provinsi, dengan cakupan manfaat mencapai 17 juta jiwa atau sekitar 13% dari total penduduk DTPK. Bukti efektivitas program juga terlihat dari peningkatan Indeks Keluarga Sehat (IKS) di puskesmas yang menjadi lokasi penempatan tim Pencerah Nusantara. IKS meningkat signifikan sebesar 26%, dari skor 0,61 pada tahun 2016 menjadi 0,77 pada tahun 2019, khususnya pada indikator kesehatan ibu dan anak. (Pencerah Nusantara, 2019)

Hingga saat ini Program Nusantara Sehat masih menghadapi berbagai tantangan (Yulianti et al., 2022). Tantangan tersebut meliputi, terbatasnya dukungan logistik, kondisi geografis yang sulit dijangkau, dan beban kerja yang tinggi. Fasilitas medis yang belum memadai dan jaringan telekomunikasi yang buruk di daerah terpencil juga menyulitkan pemanfaatan teknologi kesehatan seperti telemedicine. Masalah-masalah ini perlu menjadi perhatian agar program dapat berjalan lebih optimal ke depannya. (Siswanto et al., 2020)

Selain itu, minat dan motivasi tenaga kesehatan untuk bekerja di Puskesmas yang berada di wilayah sangat terpencil masih rendah. Ketika mereka bersedia ditempatkan, biasanya tidak bertahan dalam waktu yang lama. Hal ini terbukti dari banyaknya permintaan pindah ke daerah perkotaan. Akibatnya, Puskesmas di kota mengalami turnover yang tinggi, sementara Puskesmas di daerah sangat terpencil mengalami kekurangan tenaga kesehatan. Salah satu penyebab utama kekosongan tenaga ini adalah tidak adanya kebijakan pemberian insentif yang memadai untuk berbagai jenis tenaga kesehatan seperti bidan, perawat, dan dokter. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi terhadap kebijakan penempatan tenaga kesehatan di wilayah-wilayah terpencil di Indonesia. (Herman & hasanbasri, 2008)

Disisi lain, kebutuhan tenaga kesehatan di daerah terpencil tidak dipenuhi oleh putra daerah atau warga lokal, maka kecenderungan untuk pindah semakin tinggi. Permintaan akan perpindahan atau mutasi tenaga kesehatan pada daerah terpencil disebabkan oleh beberapa hal, seperti adanya keluhan dari masyarakat, kebutuhan organisasi, dan yang paling sering adalah permintaan sendiri dari tenaga kesehatan tersebut. Umumnya, mereka ingin pindah ke wilayah perkotaan. Alasan utamanya adalah karena tidak tersedianya insentif, kurangnya kejelasan dalam pengembangan karier, serta kondisi geografis yang sulit dijangkau, seperti lokasi yang harus ditempuh melalui perjalanan laut. (Herman & hasanbasri, 2008)

Rekomendasi Terhadap Upaya Perencanaan Tenaga Kesehatan Yang Lebih Adil, Merata, Dan Berkelanjutan

Sistem perencanaan tenaga kesehatan di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan, terutama dalam hal pemerataan dan keberlanjutan distribusi tenaga kesehatan.

Ketimpangan antara daerah perkotaan dan pedesaan, serta antara wilayah maju dan tertinggal, menunjukkan bahwa kebijakan yang ada belum sepenuhnya mampu menjawab kebutuhan di lapangan. Karena itu, diperlukan pembenahan menyeluruh dalam sistem perencanaan tenaga kesehatan agar lebih adil, merata, dan berkelanjutan. Berikut merupakan langkah-langkah teknis yang dapat diambil oleh pemerintah untuk menyeimbangkan supply dan demand tenaga kesehatan di Indonesia:

1. Penyelarasan Kebijakan Pendidikan, Sistem Kesehatan, dan Ketenagakerjaan

Langkah awal dan paling mendasar adalah menyatukan arah antara kebijakan pendidikan tenaga kesehatan, sistem pelayanan kesehatan, sistem pembiayaan, dan sistem ketenagakerjaan. Tujuannya agar sistem ini saling mendukung dan menghasilkan tenaga kesehatan yang cukup secara jumlah, kompeten, terdistribusi merata, dan mampu memenuhi kebutuhan masyarakat sekarang dan masa depan (RI, 2022). Perencanaan berbasis data melalui teknik pemetaan jumlah dan kebutuhan tenaga kesehatan di setiap kabupaten/kota juga diperlukan untuk merencanakan perekrutan, rotasi, atau penempatan tenaga kesehatan agar dapat terdistribusi secara merata. (Herman & hasanbasri, 2008)

2. Keterlibatan Lintas Sektor Pemerintah

Masalah ketimpangan distribusi tenaga kesehatan tidak bisa diselesaikan oleh Kementerian Kesehatan saja. Harus ada kerja sama antara berbagai kementerian seperti: Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian PAN-RB, TNI dan Polri, serta koordinasi di bawah Kemenko PMK (Pembangunan Manusia dan Kebudayaan). Setelah kebijakan terarah, sinergi antar lembaga diperlukan agar perencanaan dan distribusi tenaga kesehatan menjadi lebih efisien dan menyeluruh. (RI, 2022)

3. Percepatan Pencapaian Target Rasio Tenaga Kesehatan

Untuk mempercepat pencapaian target rasio tenaga kesehatan nasional, diperlukan berbagai langkah strategis, antara lain dengan menambah program studi bagi profesi yang jumlahnya masih terbatas, agar ketersediaan tenaga kesehatan dapat merata. Pemerataan keberadaan fakultas kedokteran dan kedokteran gigi di setiap provinsi juga perlu dilakukan dengan melibatkan universitas besar yang ada di Indonesia. Di samping itu, pelibatan aktif organisasi profesi dalam perencanaan dan pelaksanaan pemenuhan rasio tenaga kesehatan juga menjadi kunci penting dalam upaya ini. (RI, 2022)

4. Peningkatan Beasiswa Pendidikan Tenaga Kesehatan

Pemerintah perlu menyediakan lebih banyak beasiswa bagi calon tenaga kesehatan, khususnya yang bersedia ditempatkan di daerah terpencil. Hal ini akan meningkatkan minat generasi muda untuk masuk ke bidang kesehatan. (RI, 2022) Selain itu, pemerintah juga

dapat merekrut calon tenaga kesehatan dari daerah pedesaan dan memperkenalkan mereka pada kondisi kerja di desa selama masa pendidikan (Varpilah, 2011)

5. Pemberian Insentif yang Menarik dan Tepat Sasaran

Pemberian insentif yang menarik dan tepat sasaran menjadi salah satu strategi penting dalam meningkatkan minat dan retensi tenaga kesehatan, khususnya di daerah terpencil (Herman, 2012). Insentif finansial seperti tunjangan bulanan, asuransi jiwa, rumah dinas, kendaraan operasional, akses komunikasi, dan hiburan sederhana dapat membantu menciptakan kenyamanan hidup dan kerja. Di sisi lain, insentif non-finansial juga berperan besar, seperti kesempatan melanjutkan pendidikan, pelatihan kompetensi, kenaikan pangkat, pengangkatan sebagai PNS, serta peluang pengembangan karier profesional. Kombinasi keduanya terbukti paling efektif, dan perlu disesuaikan dengan kondisi lokal serta kemampuan anggaran daerah. Namun, pemberian insentif harus memiliki tujuan yang jelas, adil, dan sesuai kebutuhan, agar mampu mengatasi hambatan geografis dan mendorong pemerataan distribusi tenaga kesehatan. (Herman & Hasanbasri, 2008)

Secara keseluruhan, penelitian ini mengungkapkan bahwa perencanaan dan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia masih belum seimbang antara supply (pasokan) dan demand (kebutuhan). Ketidakseimbangan ini tercermin dari masih adanya daerah yang kekurangan tenaga kesehatan, terutama di wilayah terpencil dan sangat terpencil, sementara di daerah perkotaan terjadi penumpukan tenaga kesehatan. Kondisi ini dipengaruhi oleh berbagai faktor yang meliputi aspek kebijakan, sosial dan ekonomi. Untuk itu, diperlukan pembenahan menyeluruh agar sistem perencanaan tenaga kesehatan menjadi lebih adil, merata, dan berkelanjutan. Rekomendasi dan upaya perbaikan yang dapat dilakukan yaitu dengan penyesuaian kebijakan pendidikan, sistem kesehatan, dan ketenagakerjaan, keterlibatan lintas sektor pemerintah, percepatan pencapaian target rasio tenaga kesehatan, peningkatan beasiswa pendidikan tenaga kesehatan, dan pemberian insentif yang menarik dan tepat sasaran.

SIMPULAN

Indonesia masih dihadapkan dengan tantangan besar terhadap ketidakseimbangan antara jumlah layanan kesehatan yang tersedia (supply) dan kebutuhan masyarakat terhadap layanan tersebut (demand). Beberapa wilayah, khususnya daerah terpencil dan perbatasan, mengalami kekurangan tenaga kesehatan yang cukup parah. Sementara itu, di kota-kota besar justru terjadi kelebihan tenaga kesehatan yang tidak sebanding dengan kebutuhan masyarakat secara nasional. Ketimpangan ini menjadi masalah serius karena berdampak langsung terhadap akses dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat.

Ketidakseimbangan antara supply dan demand tenaga kesehatan disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya kurangnya koordinasi antar sektor, perencanaan tenaga kesehatan yang tidak terpadu, keterbatasan institusi pendidikan, dan minimnya insentif bagi tenaga kesehatan yang mau bertugas di daerah terpencil. Akibatnya, distribusi tenaga kesehatan cenderung tidak merata dan belum menjamin keadilan sosial dalam pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, dibutuhkan rekomendasi kebijakan yang menyeluruh dan berkelanjutan, antara lain: penyelarasan kebijakan pendidikan, sistem kesehatan, dan ketenagakerjaan, keterlibatan lintas sektor pemerintah, percepatan pencapaian target rasio tenaga kesehatan, peningkatan beasiswa pendidikan tenaga kesehatan, dan pemberian insentif yang menarik dan tepat sasaran.

REFERENSI

- Agustina, A. (2022). Ekonomi Tentang Supply dan Demand Sumber Daya Pelayanan Kesehatan dan Dampaknya Bagi Masyarakat. *Jurnal Ekonomi Dan Bisnis*, 1(1), 104–113.
- Attriani, A. N. (2022). Tantangan Dan Isu Strategis Sumber Daya Kesehatan Manusia Kesehatan Pada Puskesmas Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 3(3), 363–368. <https://doi.org/10.31004/jkt.v3i3.6102>
- Candra, C., Lazuardi, L., & Hasanbasri, M. (2016). Ketidakhadiran tenaga kesehatan di puskesmas: analisis data IFLS 2012 di Wilayah Indonesia Timur. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 32(12), 481. <https://doi.org/10.22146/bkm.25628>
- Gunawan, J., & Aunguroch, Y. (2015). Indonesia health care system and Asean economic community. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(7), 1571–1577. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20150231>
- Harahap. (2019). *Pembangunan Kesehatan dengan Memperkuat Sistem Kesehatan Nasional*. Kementerian PPN/ Bappenas.
- Health, K. K. of. (2024). Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Provinsi, 2023. *Badan Pusat Statistik*.
- Herman, & hasanbasri, mubasysyir. (2008). Evaluasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sangat Terpencil di Kabupaten Buton. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 11(03), 103–111.
- Herman, I. F. (2012). Pengaruh insentif terhadap retensi tenaga kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) provinsi Papua tahun 2011. *Lib UI*, 1 of 111.
- Kemenkes RI. (2023). *Proyeksi Tenaga Kesehatan Berdasarkan Supply dan Demand/Needs Tahun 2023*.

- Kementerian Kesehatan RI. (2023). Analisa Global Health Labor Market. *Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan*.
- Kesehatan, M., & Indonesia, R. (2022). *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. 021, 1–11.
- Khairunnisa Rahmat, N., & Kesehatan Masyarakat, F. (2024). *Analisis Efektivitas Program Nusantara Sehat di Puskesmas Wilayah Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) serta Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) dalam mendukung Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan*. December.
- Meliata, A. (2009). Mengatasi Maldistribusi Tenaga Dokter di Indonesia. *Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM*, 02, 2–3.
- Muhammad Nur, Syarifuddin Yusuf, & Ayu Dwi Putri Rusman. (2021). Analisis Peningkatan Kinerja Tenaga Kesehatan Melalui Pengembangan Sumber Daya Manusia (Sdm) Di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidrap. *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 4(2), 190–200. <https://doi.org/10.31850/makes.v4i2.557>
- Nurul Hikmah B, Harpiana Rahman, & Ayu Puspitasari. (2020). Membandingkan Ketimpangan Ketersediaan Tenaga Kesehatan Puskesmas di Wilayah Indonesia Timur. *Window of Public Health Journal*, 1(1), 31–37. <https://doi.org/10.33096/woph.v1i1.8>
- Pencerah Nusantara. (2019). Transformasi Pengelolaan Tenaga Kesehatan Untuk Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas DTPK. *Makalah Kebijakan Singkat*.
- Prof. Dr. Achmad Chusnu Romdhoni, dr., Sp.T.H.T.B.K.L., Subsp.Onk (K), F. (2025). Ketimpangan dan Kekurangan Tenaga Kesehatan di Indonesia. *Unair.Ac.Id*.
- RI, K. kesehatan. (2022). Dokumen Target Rasio Tenaga Kesehatan. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 3(1), 1–15.
- Rutmauli Hutagaol, Erna Fauziah, Mahdalena, A. R. (2025). *DISTRIBUSI TENAGA KESEHATAN PROVINSI DAN STATUS INDIKATOR KESEHATAN NASIONAL: ANALISIS DESKRIPTIF DARI INDONESIA*. 7, 447–453. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/joting.v7i3.15586>
- Semarang, P. K. (2024). Belum Merata! 48 Persen Puskesmas di Indonesia Masih Kekurangan Tenaga Kesehatan, Kemenkes Lakukan Transformasi. *Poltekkes-Smg.Ac.Id*.
- Siswanto, Hendarwan, H., Kusumawardani, N., & Handayani, L. (2020). Bunga Rampai Kinerja pembangunan kesehatan di Indonesia: Tantangan, Masalah, dan Solusi. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI* (Vol. 1).
- Sousa, A., Scheffler, R. M., Nyoni, J. & Boerma, T. A. (2013). comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bull. World Health Organ*.

- Syahdilla, I., & Susilawati, S. (2023). Analisis distribusi sumber daya manusia kesehatan berdasarkan standar ketenagaan Puskesmas di Kabupaten Deli Serdang. *Jurnal SAGO Gizi Dan Kesehatan*, 4(2), 303. <https://doi.org/10.30867/gikes.v4i2.1267>
- Varpilah, S. T. et al. (2011). Rebuilding human resources for health: A case study from Liberia. *Hum. Resour.*
- World Health Organisation. (2021). Global monitoring report on Universal Health Coverage. *The World Bank.*
- Yulianti, A., S, B. U., & Atika, D. B. (2022). *Kinerja Program Nusantara Sehat di Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan*. 4(1), 141–156.