

## **Faktor-Faktor Terkait Penempatan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Daerah Terpencil/Sangat Terpencil**

### *Factors Related to Health Workers Placement in First Level Health Care Facilities in Remote Areas*

**Iin Nurlinawati<sup>1</sup>, Rudi Hendro Putranto<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560, Indonesia

Korespondensi: inurlinawati@gmail.com

*Submitted:* 1 Februari 2020, *Revised:* 30 Maret 2020, *Accepted:* 13 April 2020

<https://doi.org/10.22435/jpppk.v4i1.3312>

#### **Abstrak**

Implementasi program penempatan tenaga kesehatan (nakes) di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (puskesmas) di daerah terpencil/sangat terpencil menjadi salah satu upaya pemerintah untuk pemerataan nakes di Indonesia. Dalam penempatan tersebut, perlu dilakukan penentuan masalah keterpencilan, kecukupan nakes dan komitmen daerah agar tujuan program dapat tercapai secara optimal. Studi ini bertujuan mengidentifikasi faktor-faktor tersebut dalam penempatan nakes di puskesmas daerah terpencil/sangat terpencil. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain potong lintang dilengkapi dengan penelitian kualitatif untuk menggali lebih dalam faktor-faktor yang terkait dengan penempatan nakes di puskesmas daerah terpencil/sangat terpencil. Penelitian dilakukan di 24 provinsi dengan pemilihan sampel puskesmas berdasarkan usulan lokus dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer (PKP) Ditjen Yankes dan Pusat Pemberdayaan dan Pendayagunaan (Pusrengun) Badan PPSDM Kesehatan sebanyak 193 puskesmas. Sebagian besar wilayah puskesmas masuk dalam kriteria terpencil dan sangat terpencil. Lebih dari setengahnya memiliki kesesuaian antara hasil penilaian di lapangan dengan kriteria dalam SK keterpencilan daerah. Kekurangan jenis tenaga dokter gigi dan apoteker banyak terjadi di puskesmas terpencil/sangat terpencil, sedangkan perawat dan bidan merupakan nakes yang banyak terdapat di puskesmas. Komitmen daerah, baik dinas kesehatan maupun puskesmas, cukup tinggi dan bersedia untuk menyediakan rumah tinggal bagi tim yang akan ditempatkan. Saran bagi pemerintah daerah agar melakukan pembaruan terhadap SK keterpencilan sehingga sesuai antara SK dengan kemajuan di daerah. Selain itu, agar nakes dapat betah untuk melaksanakan tugas di daerah, sebaiknya dipenuhi fasilitas pendukungnya, seperti rumah tinggal, alat transportasi serta jaminan keselamatan nakes di daerah penempatan.

Kata kunci: puskesmas, tenaga kesehatan, terpencil, sangat terpencil, penempatan

#### **Abstract**

*The implementation of the program for the placement of health workers in first-level health service facilities (puskesmas) in remote areas is one of the government's efforts to equalize health workers in Indonesia. In this placement, it is necessary to determine the problem of remoteness, adequacy of health workers, and local commitment so that the objectives of the program can be achieved optimally. This study aims to identify the factors mentioned above in the placement of health workers in remote community health centers. This type of research is quantitative with a cross-sectional design complemented by qualitative research to explore the factors associated with the placement of health workers in remote puskesmas. The research location was conducted in 24 provinces, 193 puskesmas. Sample selection of puskesmas based on locus proposals from*

*the PKP and Pusrengun. Most of the puskesmas areas fall into the criteria of remote areas. More than half of them had a match between the results of the field assessment and the criteria in the regional remoteness decree. Remote puskesmas have fewer dentists and pharmacists while nurses and midwives are the most common health workers. Commitment from both the Health Officer and the Puskesmas is quite high and willing to provide housing for the team to be deployed. Suggestions for local governments to make updates to the remoteness decree so that it matches with progress in the region. Besides, for health workers to feel at home in carrying out their duties in the area, supporting facilities such as housing, means of transportation, and safety guarantees for health workers in the placement area should be fulfilled.*

*Keywords: Health workers, Primary Health Care, remote, very remote, placement*

## **Pendahuluan**

Fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) tingkat pertama menjadi ujung tombak dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat (kesmas) di Indonesia. Namun, sampai saat ini masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan (nakes) pada fasyankes tingkat pertama, terutama puskesmas yang berlokasi di daerah terpencil/sangat terpencil. Data Risnakes 2017 menunjukkan, masih terdapat puskesmas yang tidak memiliki dokter gigi (37,5%), dokter (7,7%), tenaga kesehatan masyarakat (24%), bahkan tenaga laboratorium medis (60,3%).<sup>1</sup>

Kekurangan nakes tersebut akan berdampak pada tidak optimalnya pelaksanaan upaya kesmas (UKM) di puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan, puskesmas di daerah terpencil/ sangat terpencil hanya 87% yang sudah menyelenggarakan lima UKM esensial secara keseluruhan.<sup>2</sup> Penyelenggaraan UKM esensial merupakan tugas utama puskesmas dan menjadi salah satu penilaian dari kinerja puskesmas. Puskesmas dalam menyelenggarakan UKM esensial secara keseluruhan perlu didukung dengan jumlah sumber daya manusia (SDM) yang cukup. Oleh karena itu, pemerataan SDM kesehatan perlu mendapatkan perhatian khusus dari pemerintah. Hal ini dapat dilihat dari berbagai program pemenuhan nakes, khususnya di daerah terpencil/ sangat terpencil. Penempatan dokter, dokter gigi dan bidan, serta penugasan khusus untuk nakes lulusan D3 lainnya telah dilakukan melalui program Pegawai Tetap (PTT). Kemudian, pemerintah juga membuat program penempatan nakes melalui penugasan khusus nakes berbasis tim (*team-based*) sesuai dengan amanat Pasal 23 UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan untuk mendukung Program Nusantara Sehat (NS). Program ini

diharapkan mampu mengoptimalkan pelayanan kesehatan (yankes) di tingkat pelayanan dasar, khususnya di daerah terpencil/sangat terpencil.<sup>3</sup>

Implementasi penempatan tenaga NS telah berjalan mulai tahun 2015 hingga sekarang. Sebelum penempatan tenaga NS di daerah terpencil/ sangat terpencil, pemerintah melakukan upaya penyaringan atau validasi calon lokus penempatan tim. Hal ini dilakukan dalam upaya mendapatkan lokus yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan pemerintah. Kriteria lokus penempatan tim NS merupakan pengembangan dari Permenkes No. 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan, Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, dan Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. Kriteria lokus penempatan tim NS antara lain adalah status keterpencilan, kecukupan jumlah SDM kesehatan, serta adanya dukungan dari pemerintah daerah (pemda) dan puskesmas terkait ketersediaan rumah tinggal dan sarana prasarananya.

Keterpencilan dan jumlah SDM kesehatan merupakan hal penting dalam upaya menetapkan daerah yang memang benar-benar membutuhkan nakes. Penelitian sebelumnya memperlihatkan, puskesmas di daerah terpencil jarang diminati oleh nakes sehingga menyebabkan kurangnya jumlah SDM dan kurangnya kemampuan melaksanakan yankes.<sup>4</sup> Pentingnya dukungan puskesmas dan pemda terkait rumah tinggal dan sarana/prasarananya juga merupakan hal penting karena tenaga khusus yang ditempatkan dalam bentuk tim akan ditugaskan selama 2 tahun di puskesmas tersebut, sehingga dibutuhkan rasa aman dan tenang saat bertugas. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi masalah keterpencilan, kecukupan jumlah dan jenis

nakes serta dukungan dan komitmen pemda sebagai faktor-faktor yang terkait dalam penempatan nakes di daerah terpencil/sangat terpencil.

### **Metode**

Penelitian ini merupakan bagian dari Studi Validasi Lokus Penempatan Tim NS Tahun 2019.<sup>5</sup> Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain potong lintang dilengkapi dengan penelitian kualitatif untuk menggali lebih dalam tentang masalah keterpencilan, kecukupan jumlah dan jenis nakes serta dukungan dan komitmen pemda sebagai faktor-faktor yang terkait dengan penempatan nakes di puskesmas daerah terpencil/ sangat terpencil. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan pengisian kuesioner, sedangkan kualitatif dengan wawancara mendalam kepada kepala dinkes kabupaten dan kepala puskesmas.

Kriteria inklusi untuk sampel puskesmas adalah puskesmas yang menjadi usulan lokasi penempatan Tim NS dan Puskesmas Lanjutan Tim NS. Penelitian dilakukan di 24 provinsi dengan pemilihan sampel puskesmas berdasarkan usulan lokus dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer (PKP) Ditjen Yankes dan Pusat Pemberdayaan dan Pendayagunaan (Pusrengun) Badan PPSDM Kesehatan sebanyak 193 puskesmas. Usulan lokus merupakan hasil pertemuan pembahasan usulan dari daerah pada saat kegiatan verifikasi yang dilaksanakan oleh Pusrengun Badan PPSDM Kesehatan, yang mana daerah usulan daerah lokus merujuk pada penilaian di atas. Provinsi lokus penelitian meliputi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu, Lampung, Kepulauan Riau, NTT, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat. Pengumpulan data dilakukan bulan Februari-Oktober 2019.

Analisis data menggunakan analisis univariat dalam bentuk deskripsi menggunakan *software* SPSS. Penilaian keterpencilan wilayah berpedoman pada Permenkes No. 90 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Daerah Terpencil dan Daerah Sangat Terpencil yang menggunakan sistem skoring dalam

penentuannya.<sup>6</sup> Terdapat 8 variabel pokok penilaian dengan sistem pembobotan, yaitu:

1. Berada di daerah pedalaman, pegunungan, atau pesisir (bobot 1);
2. Berada di pulau kecil, atau gugus pulau (bobot 2);
3. Berada di wilayah rawan bencana alam, seperti gempa, tanah longsor, gunung berapi, banjir, atau kebakaran hutan (bobot 1);
4. Frekuensi akses transportasi umum rutin satu kali atau kurang dalam seminggu (bobot 2);
5. Jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten menggunakan transportasi umum rutin (darat/air) memerlukan waktu lebih dari 6 jam (bobot 2);
6. Transportasi yang ada, sewaktu-waktu dapat terhalang karena iklim atau cuaca (bobot 1);
7. Kesulitan pemenuhan bahan pokok (bobot 1);
8. Kondisi keamanan yang tidak stabil (bobot 2).

Puskesmas dikategorikan sangat terpencil apabila hasil skoring mencapai lebih dari 50%, puskesmas kategori terpencil apabila hasil skoring berkisar 25%-50% dan puskesmas kategori kota/perdesaan bila hasil skoring kurang dari 25%. Selain skoring, terdapat variabel lain yang menjadi pertimbangan dalam penentuan keterpencilan puskesmas yaitu dengan melihat wilayah kerja. Puskesmas yang tidak memenuhi kriteria keterpencilan tetapi memiliki wilayah kerja sulit dijangkau secara geografis, dapat ditetapkan sebagai fasyankes kawasan terpencil dan sangat terpencil setelah memenuhi kriteria:

1. Adanya keterbatasan sarana infrastruktur aksesibilitas yang menjadi hambatan puskesmas untuk mencapai wilayah kerja tersebut
2. Jarak dari puskesmas ke wilayah kerja lebih dari 100 km; dan/atau
3. Adanya isolasi geografis yang memisahkan wilayah kerja puskesmas dengan puskesmas seperti sungai, laut, gunung, lembah dan hutan belantara.

Standar jumlah dan jenis nakes pada penelitian ini mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Sementara komitmen didapatkan melalui wawancara mendalam terhadap kepala puskesmas dan dinas kesehatan (dinkes) kabupaten.

**Hasil**

**Gambaran daerah penelitian**

Dari 193 puskesmas penelitian, lebih separuh (53,4%) adalah puskesmas nonrawat inap. Mayoritas (78,8%) puskesmas tidak mampu melakukan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Status pola pengelolaan keuangan sebagian besar sampel puskesmas adalah non-BLUD (83,9%). Status akreditasi puskesmas adalah sudah terakreditasi (45,1%), dalam proses akreditasi (22,8%) dan belum terakreditasi (32,1%).

**Keterpencilan**

Berdasarkan karakteristik keterpencilan didapatkan status keterpencilan, dilihat dari SK Bupati, yakni sangat terpencil (51,8%), terpencil (47,7%), dan perdesaan (0,5%). Adapun penilaian

kriteria keterpencilan berdasarkan skor hasil penilaian di lapangan, dikategorikan menjadi 3 kriteria, yaitu sangat terpencil (35,5%), terpencil (59,9%), dan tidak termasuk terpencil (4,6%). Berdasarkan kesesuaian antara status keterpencilan puskesmas, sesuai SK Bupati, dengan hasil skoring keterpencilan di lapangan, diperoleh hasil bahwa lebih banyak puskesmas yang memiliki kesesuaian status keterpencilan (64,5%) dibandingkan dengan puskesmas yang tidak sesuai (35,5%) (Tabel.1).

**Jumlah Tenaga Kesehatan**

Standar jumlah dan jenis nakes pada penelitian ini mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Sembilan jenis nakes yang disebutkan dalam permenkes tersebut adalah dokter,

**Tabel 1. Status Keterpencilan Puskesmas**

No	Provinsi	Status Puskesmas Hasil Validasi			Status Puskesmas dalam SK		
		Terpencil	Sangat Terpencil	Tidak T/ST	Terpencil	Sangat Terpencil	Perdesaan
1	Aceh	11	8	2	10	11	0
2	Bengkulu	5	0	0	2	3	0
3	Jambi	3	0	1	4	0	0
4	Jawa barat	9	0	2	11	0	0
5	Jawa tengah	1	0	0	1	0	0
6	Kalimantan barat	2	0	1	3	0	0
7	Kalimantan tengah	4	1	0	2	3	0
8	Kalimantan timur	2	2	0	2	2	0
9	Kalimantan utara	0	2	0	2	0	0
10	Kepulauan riau	2	0	0	0	2	0
11	Maluku	1	7	0	0	8	0
12	Maluku utara	5	7	1	6	7	0
13	Nusa tenggara timur	15	9	0	8	16	0
14	Papua	3	6	0	1	8	0
15	Papua barat	4	2	0	3	3	0
16	Riau	6	2	0	6	1	1
17	Sulawesi barat	2	0	0	0	2	0
18	Sulawesi selatan	0	5	0	2	3	0
19	Sulawesi tengah	14	5	0	7	12	0
20	Sulawesi tenggara	13	6	2	10	11	0
21	Sulawesi utara	2	0	0	0	2	0
22	Sumatera barat	2	1	0	3	0	0
23	Sumatera selatan	1	0	0	1	0	0
24	Sumatera utara	10	4	0	8	6	0
<b>JUMLAH</b>		<b>117</b>	<b>67</b>	<b>9</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>1</b>

dokter gigi, perawat, bidan, tenaga farmasi, nakes masyarakat, tenaga gizi, nakes lingkungan, ahli teknologi laboratorium medis (ATLM).<sup>7</sup> Nakes yang dihitung dalam penelitian ini tidak termasuk tenaga sukarela karena status tenaga sukarela yang tidak sepenuhnya terikat bekerja di puskesmas.

Jumlah tenaga dokter gigi paling sedikit di puskesmas, diikuti apoteker dan perawat gigi (64,5%). Sementara jumlah rerata nakes yang banyak terdapat di puskesmas adalah perawat dan bidan, dengan rerata jumlahnya per puskesmas adalah 7,63 dan 5,98 (Tabel 2). Hal ini diperkuat dengan pernyataan beberapa informan sebagai berikut.

*“...Kondisi alat lengkap dan baik. Hanya beberapa belum terpakai karena tidak adanya tenaga ahli seperti dental unit...” (IP161)*

*“...Yang kami usulkan adalah tenaga dokter, perawat, kesmas, sanitarian, gizi, apoteker, teknis kefarmasian, dan analis kesehatan...” (IP77)*

**Komitmen dan Kesiapan Pemda dalam Mendukung Penempatan Tim NS**

Salah satu faktor dalam penempatan nakes adalah adanya jaminan bagi nakes tersebut jika ditempatkan di daerah tersebut. Hal ini dapat dilihat dari komitmen dan kesiapan puskesmas dan dinkes

kabupaten/kota dalam hal ketersediaan tempat tinggal, kesempatan ikut pelatihan, pembagian dana kapitasi, dan kendaraan. Dari 21 puskesmas yang tidak dapat menyediakan tempat tinggal, sebanyak 8 puskesmas (4,1%) bersedia menyewakan rumah dengan biaya dari dinkes dan 2 puskesmas (1%) akan menitipkan di rumah penduduk (Tabel 3).

Hasil wawancara mendalam dengan kepala puskesmas yang mendukung data tersebut dapat dilihat di bawah ini:

*“...bentuk dukungan berupa tempat tinggal, selain itu juga kami siapkan dana untuk kegiatan di puskesmas, pembagian dana kapitasi yang sesuai dengan tupoksinya, meubeleir, kendaraan dan pelatihan...” (IP03)*

*“dukungan yang bisa diberikan, tempat tinggal, dana kegiatan, pembagian dana kapitasi, peralatan masih kurang dan tidak mencukupi. Untuk meubeleir sebatas kasur akan kami upayakan, kendaraan khusus tidak ada, hanya kendaraan yang dipakai bersama, dan kesempatan ikut pelatihan...” (IP36)*

Sementara itu hasil wawancara dengan dinkes menunjukkan, sebanyak 70 dinkes (98,6%) berkomitmen menyediakan tempat tinggal, sebanyak 65 (91,5%) berkomitmen memberikan pelatihan, sebanyak 66 (93%) berkomitmen

**Tabel 2. Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Induk Menurut Jenis Tenaga**

Jenis Tenaga	Rerata	Min - Mak	Ada		Tidak Ada	
			n	%	N	%
- Dokter	0,95	0 - 4	140	71,1	57	28,9
- Dokter Gigi	0,21	0 - 2	40	20,3	157	79,7
- Bidan	5,98	0 - 43	194	98,5	3	1,5
- Perawat	7,63	0 - 30	195	99,0	2	1,0
- Perawat Gigi	0,45	0 - 3	70	35,3	127	64,5
- Tenaga Kesehatan Masyarakat	1,39	0 - 11	132	67,0	65	33,0
- Tenaga Sanitarian	0,81	0 - 5	114	57,9	83	42,1
- Tenaga Gizi	0,87	0 - 4	113	57,4	84	42,6
- Apoteker	0,24	0 - 3	43	21,8	154	78,2
- Teknis Kefarmasian	0,59	0 - 4	89	45,2	108	54,8
- ATLM	0,55	0 - 6	79	40,1	118	59,9

**Tabel 3. Komitmen dan Dukungan Puskesmas**

Dukungan Puskesmas	Ada		Tidak	
	n	%	n	%
- Tempat tinggal	172	89,1	21	10,9
- Listrik	162	94,8	10	5,2
- Air bersih	170	99,0	2	1,0
- Kendaraan	124	67,0	55	33,0

memberikan pembagian dana kapitasi dana dan sebanyak 56 (78,9%) menyediakan kendaraan/alat transportasi untuk dipakai selama penempatan. Data ini sesuai dengan beberapa informan dari dinkes yang menyatakan bahwa :

*“...Biasanya tetap ada, JKN, kapitasi, BOK, di puskesmas mana pun kita sudah komitmen, siapa yang mau, ada, tapi nanti bisa diusahakan bisa sesuai dengan aturan, kemarin juga 8 orang dokter internsif di RS Teuku Umar, juga kami fasilitasi rumah, rumah puskesmas karena mereka sudah punya rumah sendiri...” (ID01)*

*“...Mungkin dari kita, anak-anak NS ini akan mendapatkan perlakuan yang sama dengan tenaga PNS lainnya, jadi untuk Diklat dan Pelatihan tetap kami ikut sertakan, dan jasa (dana kapitasi) yang terdapat di Puskesmas mereka tetap dapat. Sampai hari ini untuk tempat tinggal kami sediakan. Namun, untuk insentif di luar itu, kami tidak ada. Jika anak NS ingin meningkatkan pendidikan (izin belajar) yang dinkes fasilitasi, mereka memiliki kesempatan yang sama dengan lain, selain tempat tinggal tadi memang tidak ada, seperti kendaraan, memang kalau khusus untuk mereka tidak ada. Tapi jika ingin digunakan bersama silakan...” (ID14)*

### **Pembahasan**

Ekuitas terhadap akses yankes masih menjadi tantangan terbesar di Indonesia. Mengurangi masalah aksesibilitas yankes di daerah terpencil/sangat terpencil serta distribusi nakes yang tidak merata merupakan upaya yang harus terus dilakukan untuk memudahkan masyarakat mendapatkan yankes.<sup>8</sup> Salah satu misi Kementerian Kesehatan (Kemenkes) dalam Renstra Kemenkes RI 2020 adalah meningkatkan penguatan yankes dasar

dengan cara percepatan pemenuhan SDM kesehatan di puskesmas sesuai standar.<sup>9</sup>

### **Keterpencilan**

Pengaturan penyelenggaraan yankes di fasyankes kawasan terpencil dan sangat terpencil bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas yankes, meningkatkan mutu yankes di fasyankes, meningkatkan pemberdayaan masyarakat dan memberikan kepastian hukum bagi nakes dan penyelenggara fasyankes.<sup>6</sup> Wilayah kerja puskesmas di daerah terpencil/sangat terpencil umumnya mempunyai cakupan geografis yang luas dengan beberapa daerah yang sulit dijangkau serta penduduk yang tersebar dalam kelompok-kelompok kecil yang saling berjauhan.<sup>4</sup> Hal ini akan mengakibatkan keterjangkauan yankes di daerah tersebut menjadi rendah.<sup>10</sup> Keterpencilan membuat jarak atau waktu tempuh dari tempat tinggal penduduk ke pusat pelayanan kesehatan menjadi lebih jauh atau lebih lama. Selain itu, umumnya daerah terpencil memiliki sarana transportasi yang kurang baik serta kemampuan membayar biaya transportasi rendah.<sup>4</sup> Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara jarak ke pusat yankes dengan angka kejadian penyakit.<sup>11</sup> Dengan memastikan suatu wilayah masuk ke dalam terpencil/tidak terpencil sesuai dengan SK yang dimiliki daerah, membuat penempatan tim NS telah sesuai dengan peruntukannya. Namun demikian hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara status keterpencilan dalam SK yang dimiliki puskesmas dengan hasil penilaian di lapangan sebanyak 35,5%. Perbedaan status keterpencilan tersebut bisa dikarenakan adanya perubahan pada kondisi daerah akibat kemajuan pembangunan di daerah. Pembangunan infrastruktur jalan membuat kemajuan bagi penduduk, termasuk pertumbuhan transportasi umum dan pertumbuhan ekonomi masyarakat.<sup>12</sup> Kondisi ini terjadi karena terdapat perbedaan waktu saat SK diterbitkan dengan saat validasi lapangan berlangsung. Pembangunan terjadi di daerah setelah SK keterpencilan terbit. Hal ini bisa membuat ketidaksesuaian SK dengan keadaan sebenarnya yang sudah mengalami pembangunan, sehingga perlu adanya revisi SK keterpencilan wilayah kembali.

### **Jumlah Tenaga Kesehatan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih banyak ditemukan kekurangan nakes di puskesmas daerah terpencil/sangat terpencil. Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian lain yang menyatakan bahwa masih terdapat kekurangan tenaga di daerah terpencil/sangat terpencil atau daerah DTPK.<sup>4,10,15,16</sup> Salah satu penyebab kekurangan tersebut adalah adanya penolakan dokter dan nakes lainnya untuk bekerja di daerah perdesaan. Hal ini tidak hanya terjadi di Indonesia, tetapi di negara-negara lain, baik negara maju maupun negara berkembang, mengalami hal yang sama. Kekurangan jumlah dokter di perdesaan terjadi di Amerika Serikat, Kanada dan Denmark. Hal yang sama juga terjadi di Yordania dan Sudan. Sebanyak 60% dokter bekerja di ibukota yang memiliki 10% dari total populasi di negara tersebut.<sup>13</sup> Implikasi dari kekurangan ini adalah tingginya beban kerja nakes dan terhambatnya pelaksanaan program kesehatan.<sup>14,15</sup> Kekurangan tenaga ini dikarenakan kurangnya komitmen dan motivasi nakes untuk bekerja di daerah.<sup>16</sup> Kekurangan nakes ini merupakan kendala yang terjadi di daerah yang harus segera diatasi agar tidak berdampak pada yankes di puskesmas. Penempatan nakes dari pusat, seperti pengiriman tim NS menjadi upaya dari pemerintah pusat dalam upaya pemerataan distribusi nakes sesuai dengan kebutuhan dari daerah yang mengusulkan.

### **Komitmen dan Kesiapan Daerah**

Pentingnya komitmen daerah dalam menyediakan rumah serta sarana/prasarana, seperti air bersih, listrik serta transportasi, menjadi hal penting bagi nakes yang akan ditugaskan. Salah satu hal yang memengaruhi tingkat kepuasan dari pekerjaan nakes adalah dukungan dan fasilitas yang tersedia bagi mereka, peluang mengembangkan profesi dan melayani kebutuhan kesehatan bagi masyarakat.<sup>17,18</sup> Hasil penelitian menunjukkan, 89,1% puskesmas berkomitmen menyediakan rumah tinggal bagi tim NS yang bertugas di sana. Hampir semua rumah tinggal tersebut memiliki fasilitas dasar, seperti listrik (94,8%) dan air bersih yang layak konsumsi (99%). Komitmen daerah berupa ketersediaan fasilitas dasar yang layak huni tersebut merupakan upaya mempertahankan nakes untuk tetap berada di daerah penugasan.<sup>19</sup> Bagi nakes

di daerah sering kali tidak ada pemisah yang jelas antara pekerjaan dan kehidupan di rumah, sehingga perlu penyediaan tempat tinggal yang tidak jauh dari lokasi puskesmas tempat tugasnya.

Selain tempat tinggal, perlu juga ada jaminan bagi penerimaan lingkungan terhadap pegawai baru yang bukan berasal dari daerah setempat. Hubungan pribadi dengan lingkungan dan rekan kerja yang baik merupakan sumber kekuatan dan dukungan dalam bekerja. Selain itu penggunaan transportasi di daerah terpencil sering kali memerlukan kendaraan khusus karena medan atau lokasi wilayah binaan puskesmas yang sulit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 67% puskesmas berkomitmen menyediakan kendaraan yang dapat dipakai tim NS yang ditempatkan di sana, walaupun kendaraan tersebut juga dipakai bersama dengan staf puskesmas lainnya. Ketersediaan alat transportasi yang sesuai merupakan hal yang juga penting karena transportasi yang sesuai merupakan upaya agar dapat menjangkau masyarakat secara lebih efektif.<sup>10</sup>

### **Kesimpulan**

Lebih dari setengah puskesmas memiliki kesesuaian antara hasil penilaian keterpencilan di lapangan dengan SK Bupati. Kekurangan tenaga dokter gigi dan apoteker banyak terjadi di puskesmas sebaliknya tenaga perawat dan bidan banyak terdapat di puskesmas. Sebagian besar puskesmas dan pemda berkomitmen untuk dapat menyediakan tempat tinggal dan lebih dari setengahnya berkomitmen untuk menyediakan kendaraan bagi pelaksanaan tugas di puskesmas.

### **Saran**

Seleksi terhadap daerah yang sesuai dengan syarat penempatan perlu dilakukan oleh Kemenkes sehingga kebutuhan daerah akan yankes dapat terpenuhi di puskesmas dan pemenuhan program-program kesehatan dapat tercapai. Daerah perlu melakukan pembaruan terhadap SK keterpencilan sehingga sesuai antara SK dengan kemajuan di daerah. Selain itu, agar nakes dapat betah untuk melaksanakan tugas di daerah perlu komitmen daerah untuk memenuhi fasilitas pendukungnya, seperti rumah tinggal, alat transportasi serta jaminan keselamatan nakes di daerah penempatan.

### **Kontribusi Penulis**

IN melakukan proses analisis data dan membuat draf artikel. IN dan RHP menyiapkan referensi dan membuat artikel. IN merupakan kontributor utama. Semua penulis membaca dan menyetujui artikel final.

### **Daftar Rujukan**

1. Indonesia, Kementerian Kesehatan. *Laporan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (RISNAKES) 2017: Puskesmas*. Jakarta: Lembaga Penerbit Balitbangkes; 2018.
2. Werni S, Nurlinawati I, Rosita R. Penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat (UKM) esensial di puskesmas terpencil dan sangat terpencil. *J Litbang Yankes* 2018;1(1):50–7. doi:10.22435/jpppk.v1i1.427
3. Indonesia, Kementerian Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 33 Tahun 2018 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat*.
4. Suharmiati, Laksono AD, Astuti WD. Review Kebijakan tentang pelayanan kesehatan puskesmas di daerah terpencil perbatasan. *Bul Lit Sistem Kesehatan* .2013;16 (2):109–116.
5. Putranto RH. Laporan Studi Validasi Lokus Penempatan Tim Nusantara Sehat Tahun 2019. Jakarta: Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan Badan Litbangkes Kemenkes; 2019.
6. Indonesia, Kementerian Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil*.
7. Indonesia, Kementerian Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*.
8. Idris H. Ekuitas terhadap akses pelayanan kesehatan: Teori dan aplikasi dalam penelitian. *J Ilmu Kesehatan Masyarakat* 2016;7(2):73–80. doi:10.26553/jikm.2016.7.2.73-80
9. Indonesia, Kementerian Kesehatan. *Pokok-Pokok Renstra Kemenkes 2020-2024. Pokja Renstra Kemenkes 2020-2024*.
10. Suharmiati, Handayani L, Kristiana L. Faktor-faktor yang memengaruhi keterjangkauan pelayanan kesehatan di puskesmas daerah terpencil perbatasan di Kabupaten Sambas: Studi kasus di Puskesmas Sajingan Besar. *Bul Lit Sistem Kesehatan*. 2012;15(3):223–31. doi:10.22435/bpsk.v15i3%20Jul.2996
11. Sari RM, Ambarita LP, Sitorus H. Akses pelayanan kesehatan dan kejadian malaria di Provinsi Bengkulu. *Media Litbangkes*. 2013;23(4):158–64.
12. Iek M. Analisis dampak pembangunan jalan terhadap pertumbuhan usaha ekonomi rakyat di pedalaman May Brat Provinsi Papua Barat: Studi kasus di Distrik Aymaru, Aitinyo dan Aifat. *JEKT*. 2013; 6(1): 30–40.
13. Al-Qudah HSS. Impacts of new recruited doctors refrain from working in rural remote areas at Jordan Southern Badia Region. *Int J Bus Soc Sci*. 2011;2(3):186-94
14. Oktarina, Sugiharto M. Pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan penugasan khusus dan tenaga PTT di Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) Tahun 2010. *Bul Lit Sistem Kesehatan*;14(3): 282-9
15. Dodo DO. Monitoring pelaksanaan kebijakan bantuan operasional kesehatan di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan. *JKKI* 2014;03(02):82–96
16. Mustikowati SR, Trisnantoro L, Meliala A. Faktor-Faktor yang mempengaruhi penerimaan penempatan dokter spesialis ikatan dinas. *J Manaje Pelayanan Kesehatan*. 2006;09(02):58–64.
17. Sheikh K, Rajkumari B, Jain K, Rao K, Patanwar P, Gupta G, et al. Location and vocation: Why some government doctors stay on in rural Chhattisgarh, India. *Int Health*. 2012; 4(3):192–9. doi: 10.1016/j.inhe.2012.03.004
18. Daniels ZM, VanLeit BJ, Skipper BJ, Sanders ML, Rhyne RL. Factors in recruiting and retaining health professionals for rural practice. *J Rural Health*. 2007;23(1):62–71. doi: 10.1111/j.1748-0361.2006.00069.x
19. Awofeso N. Improving health workforce recruitment and retention in rural and remote regions of Nigeria. *Rural Remote Health*. 2010;10(1):1319. doi: 10.22605/RRH1319