

DISTRIBUSI TENAGA KESEHATAN DI INDONESIA: TINJAUAN SCOPING TERHADAP KETIMPANGAN DAN UPAYA PEMERATAAN DI DAERAH URBAN DAN REMOTE

Sheila Rizkia Anjari^{1}, Dumilah Ayuningtyas¹, Vetty Yulianty Permanasari¹*

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Indonesia

*Corresponding author:
anjarisheilarizkia@gmail.com

Article History:

Received: 03/11/2025

Accepted: 22/02/2026

Available Online: 29/04/2026

ABSTRACT

Health workers are the spearhead of services in health facilities. WHO (Workforce 2030) states that many countries experience a concentration of health workers in urban areas and shortages in remote areas. Data from the Indonesian Ministry of Health 2023 shows that DKI Jakarta (urban) does not experience a shortage of doctors, dentists, nurses, and midwives (0%), while Papua Mountains (remote) experiences a significant shortage of doctors at 62.8%, dentists at 90.2%, nurses at 45.1%, and midwives at 72.6%. This indicates the need for policy analysis of the distribution of health workers between urban and remote areas. This study is a scoping review by analyzing articles from search results using PRISMA guidelines in the Scopus, PubMed, DOAJ, and Google Scholar databases. The results of this study indicate that the distribution of health workers in Indonesia is still uneven, with a concentration in urban areas and a significant shortage in remote areas. Efforts to achieve equality through various government policies such as the Healthy Archipelago and special assignments have been carried out, but their implementation has not been optimal in addressing inter-regional disparities, so data-based policies and sustainable strategies are needed to strengthen the distribution and retention of health workers in remote areas.

Keywords: *Health Workforce Distribution, Inequality, Policy, Remote, Urban.*

PENDAHULUAN

Tenaga kesehatan menjadi ujung tombak dalam melakukan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Disamping kelengkapan fasilitas dan akses yang mudah dijangkau, distribusi tenaga kesehatan yang merata menjadi salah satu kunci utama keberhasilan pembangunan

kesehatan. Saat ini disparitas tenaga kesehatan menjadi isu yang juga penting di kalangan global. Dalam strategi WHO yang disebutkan dalam *WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030* menyebutkan bahwa banyak negara menghadapi masalah tenaga kesehatan yang menumpuk di daerah urban sementara

adanya kekurangan di daerah remote.¹ Selain itu, WHO juga mengidentifikasi adanya kekurangan tenaga kesehatan secara global sebanyak 18 juta tenaga kesehatan pada tahun 2030 terutama di negara berkembang.¹ WHO juga menetapkan, untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) dan SDGs, dibutuhkan minimal 4,45 tenaga kesehatan per 1.000 penduduk.¹

Indonesia merupakan negara berkembang dengan bentuk geografis kepulauan. Banyak terjadi ketimpangan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia antara daerah urban dan remote terutama pada 9 jenis tenaga kesehatan yang termuat dalam website SISDMK Kementerian Kesehatan RI meliputi dokter, bidan, perawat, farmasi, dokter gigi, ATLM, gizi, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga kesehatan masyarakat. Dilihat dari laman website resmi tersebut terkait dengan sebaran dan jumlah tenaga kesehatan dari Sabang sampai Merauke, masing-masing provinsi menunjukkan adanya ketimpangan distribusi tenaga kesehatan.² DKI Jakarta menjadi provinsi dengan representatif daerah urban, berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI tahun 2023 menunjukkan data kekurangan untuk tenaga Dokter, Dokter Gigi, Perawat, dan Bidan di DKI Jakarta masing-masing 0%.³ Sedangkan untuk Provinsi Papua Pegunungan yang menjadi representatif daerah remote menunjukkan adanya data kekurangan tenaga kesehatan yang sangat signifikan meliputi Dokter (62,8%), Dokter Gigi (90,2%), Perawat (45,1%), dan Bidan (72,6%).³ Ketimpangan tersebut menjadi tantangan dalam pembangunan kesehatan di Indonesia yang perlu diperhatikan oleh seluruh element pemangku kebijakan.

Dalam prosesnya, pemerintah Indonesia dalam hal ini Kementerian Kesehatan RI telah berupaya menanggulangi ketimpangan dan disparitas tenaga kesehatan melalui kebijakan dan program kesehatan meliputi program Nusantara Sehat, program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS), insentif dan tunjangan khusus bagi tenaga kesehatan yang bekerja di daerah terpencil, dan redistribusi tenaga kesehatan berbasis analisis WISN (*Workload Indicator of Staffing Need*).⁴ Namun dalam prosesnya tetap didapati tantangan dalam melaksanakan program tersebut seperti masih adanya ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan di daerah terpencil, keterbatasan anggaran dan insentif, dan retensi tenaga kesehatan yang rendah.⁴ Selain itu, berbagai kebijakan tersebut dinilai belum memberikan dampak jangka panjang karena masih berfokus pada pendekatan jangka pendek seperti penempatan sementara tanpa diiringi strategi retensi yang berkelanjutan.⁵ Secara sistemik, terdapat beberapa faktor yang memengaruhi rendahnya keberlanjutan kebijakan tersebut, antara lain keterbatasan infrastruktur dasar (transportasi, listrik, dan fasilitas kesehatan), kurangnya jaminan keamanan di wilayah terpencil atau konflik, terbatasnya peluang pengembangan karier, serta ketimpangan kesejahteraan dibandingkan daerah urban yang lebih maju. Faktor-faktor ini menyebabkan tenaga kesehatan enggan menetap dalam jangka panjang di daerah remote.^{6,7}

Studi di Indonesia juga menunjukkan bahwa rendahnya retensi tenaga kesehatan di daerah terpencil dipengaruhi oleh faktor non-finansial seperti lingkungan kerja yang kurang mendukung, keterbatasan fasilitas pendidikan bagi keluarga, serta minimnya perlindungan keamanan di wilayah

penugasan.^{8,9} Lemahnya koordinasi lintas sektor dan belum optimalnya perencanaan berbasis kebutuhan lokal juga memperparah ketidakefektifan implementasi kebijakan distribusi tenaga kesehatan.^{5,6} Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang lebih komprehensif dan berkelanjutan yang tidak hanya berfokus pada distribusi, tetapi juga pada peningkatan retensi dan kualitas lingkungan kerja tenaga kesehatan.

Lebih lanjut, ketimpangan distribusi tenaga kesehatan juga berdampak pada capaian indikator kesehatan.¹⁰ Ketersediaan tenaga kesehatan di setiap daerah memengaruhi berbagai capaian program kesehatan seperti Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan, AKI, AKB, dan pengendalian penyakit baik menular maupun tidak menular.¹¹ Penelitian di Kabupaten Ketapang menunjukkan bahwa 75% puskesmas belum mencapai 15% indikator SPM, dengan 62,5% tidak memiliki jumlah tenaga sesuai standar dan 58,3% tidak memiliki jenis tenaga lengkap.¹¹ Hal ini mencerminkan bahwa ketidakmerataan tenaga kesehatan menyebabkan rendahnya mutu pelayanan dan capaian program kesehatan di berbagai daerah. Temuan serupa juga terlihat di UPTD Puskesmas Fodo, Gunungsitoli Selatan, di mana kebijakan SDM seperti rekrutmen berbasis kompetensi, pelatihan berkelanjutan, dan penjadwalan fleksibel terbukti meningkatkan akses layanan ibu dan anak.¹⁰

Berkaitan dengan fenomena tersebut terkait dengan distribusi tenaga kesehatan yang belum merata dan menimbulkan ketimpangan tenaga kesehatan di daerah urban dan remote, maka penelitian ini menjadi penting dilakukan. Banyak studi deskriptif yang belum membandingkan

dampak kebijakan dan program di daerah urban dan remote secara komprehensif. Padahal hal tersebut penting dilakukan untuk memahami efektivitas penerapan kebijakan agar dapat mengoptimalkan target pembangunan kesehatan di Indonesia salah satunya terbukti dengan banyaknya indikator kesehatan yang memiliki capaian tinggi dan optimal serta mendukung tercapainya UHC dan target SDGs tahun 2030.

Adapun penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas berbagai kebijakan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia dalam meningkatkan pemerataan dan capaian indikator kesehatan, dengan perbandingan antara daerah urban dan remote.

METODE PENELITIAN

Studi ini merupakan *scoping review* untuk melakukan tinjauan secara sistematis terkait dengan distribusi tenaga kesehatan yang berakhir pada ketimpangan tenaga kesehatan di daerah urban dan remote disertai dengan upaya pemerataannya menggunakan kebijakan dan program. Rangkaian metode yang dilakukan dalam studi ini meliputi pengumpulan data, melakukan seleksi berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, menilai kualitas studi, ekstraksi data, dan sintesis temuan. Studi ini disusun menggunakan PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) untuk meningkatkan kualitas, keakuratan, dan transparansi pelaporan. Pencarian literatur dilakukan secara sistematis menggunakan database pada Scopus, PubMed, DOAJ, dan Google Scholar. Kata kunci yang digunakan yaitu “Distribusi Tenaga Kesehatan”, “kebijakan”, “pemerataan”, “wilayah urban

dan remote”, “Indonesia”. Pencarian tersebut dikombinasikan dengan operator Boolean (AND, OR, NOT).

Seluruh artikel yang didapatkan dari database Scopus, PubMed, DOAJ, dan Google Scholar selanjutnya di ekspor ke aplikasi Mendeley. Artikel yang di dapatkan kemudian di seleksi oleh penulis pertama (SRA) dan penulis kedua (VYP) dengan membaca judul dan abstrak juga menghapus artikel yang terduplikasi. Tahap selanjutnya penulis menelaah teks secara keseluruhan dari artikel yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Selanjutnya penulis melakukan penilaian kualitas penelitian untuk memastikan kelayakan artikel yang akan di analisis. Analisis kualitas menggunakan JBI *Critical Appraisal Checklist* untuk *Cross-sectional*, dan JBI untuk studi Kualitatif yang tersedia di JBI Global (*Joanna Briggs Institute*) untuk menilai kualitas 12 artikel yang disertakan dan risiko bias dalam setiap penelitian.

PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcome and Study Design)

P: Tenaga kesehatan di Indonesia (dokter, dokter gigi, perawat, bidan, farmasi, gizi, ATLM, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga kesehatan masyarakat)

I: Kebijakan dan strategi distribusi tenaga kesehatan

C: perbedaan daerah urban dan remote

O: ketimpangan dan upaya pemerataan tenaga kesehatan

S: studi kuantitatif, kualitatif, dan mixed methods

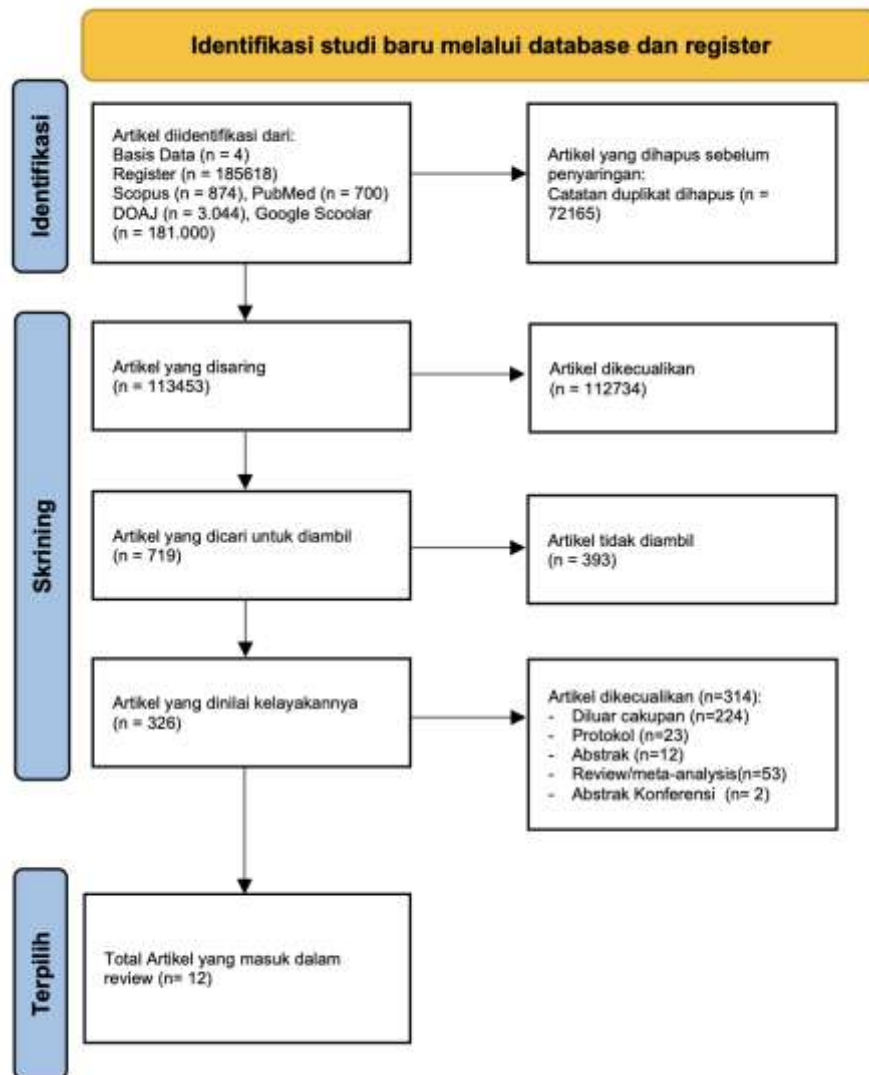
Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi dari studi ini meliputi: (1) Studi yang meneliti terkait tenaga kesehatan di Indonesia meliputi dokter, dokter gigi, bidan, perawat, farmasi, gizi,

ATLM, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga kesehatan masyarakat; (2) membahas kebijakan, strategi, atau intervensi distribusi tenaga kesehatan; (3) studi yang membahas distribusi tenaga kesehatan di daerah urban dan/atau remote; (4) studi yang mengukur atau mendiskusikan pemerataan distribusi tenaga kesehatan; (5) Artikel penelitian kuantitatif, kualitatif, atau mixed-method; (6) berbahasa Inggris atau Indonesia; (7) studi yang dipublikasikan dalam 10 tahun terakhir (2015 – 2025); (8) artikel full text dapat di akses. Adapun kriteria eksklusi meliputi: (1) studi yang tidak relevan dengan distribusi tenaga kesehatan; (2) artikel dalam bahasa selain Inggris atau Indonesia; (3) Studi yang dipublikasikan sebelum tahun 2015; (4) Artikel tanpa full text / hanya tersedia abstrak.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah artikel yang diperoleh dari data based Scopus, PubMed, DOAJ, dan Google Scholar sebanyak 185.618. Selanjutnya seluruh artikel duplikasi disaring dan sebanyak 72.165 merupakan artikel duplikat. Selanjutnya data disaring berdasarkan judul dan abstrak dan sebanyak 112.734 tidak sesuai dengan judul artikel yang diteliti. Berikutnya dilakukan penyaringan berdasarkan teks lengkap dan sebanyak 393 bukan merupakan teks lengkap. Tahap akhir merupakan penyaringan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dan sebanyak 314 artikel tereliminasi sehingga hasil akhir artikel yang di analisis dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 12 artikel. Tahapan pencarian artikel dapat dilihat pada diagram dibawah ini.



Gambar 1. Alur Diagram PRISMA

Ekstraksi data dilakukan berdasarkan karakteristik meliputi penulis, lokasi, populasi, sampel, desain, pengumpulan data dan hasil. Sebagian besar studi bersifat deskriptif kuantitatif dan analisis kebijakan, dengan cakupan nasional hingga lokal seperti Lampung Tengah, Kebumen, dan Lamongan, yang menggambarkan kondisi dan kebijakan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia. Adapun hasil analisis dari 12

artikel menunjukkan masih terjadinya ketimpangan distribusi tenaga kesehatan antara wilayah urban dan remote. Berbagai kebijakan seperti *Nusantara Sehat*, PTT, WKDS, serta insentif daerah telah diterapkan, namun efektivitasnya masih terbatas dan memerlukan penguatan sistem serta koordinasi lintas sektor. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Ekstraksi Data Studi

Penulis	Lokasi Penelitian	Populasi	Sampel	Desain Penelitian	Pengumpulan Data	Hasil
Muharram, Farizal Rizky., et al. (2025) ¹²	34 provinsi di Indonesia	Lima kategori Tenaga Kesehatan (HWs): Dokter Umum, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Perawat, Bidan. dianalisis pada tingkat distrik dan provinsi.	Data tenaga kesehatan dari Riskeddas 2018, Data Podes 2018, dan profil Kementerian Kesehatan mencakup 514 kabupaten/kota di 34 provinsi	Observasional, <i>cross-sectional</i> , deskriptif, dan analisis komparatif.	Analisis data sekunder	Indonesia masih kekurangan tenaga kesehatan dibanding standar WHO 44,5 per 10.000 penduduk. Distribusi tenaga kesehatan tidak merata. Tenaga kesehatan terkonsentrasi di provinsi urban/maju, sedangkan provinsi rural/terpencil mengalami defisit. Gini index menunjukkan adanya ketimpangan sedang hingga tinggi pada distribusi tenaga kesehatan.
Laksono, Agung Dwi, et al. (2020) ¹³	34 provinsi di Indonesia	Dokter umum dan dokter spesialis di Indonesia	Data sekunder dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017, mencakup 34 provinsi sebagai unit analisis	Deskriptif kuantitatif dengan analisis silang (<i>cross-tabulation</i>)	Analisis data sekunder	Distribusi dokter di Indonesia masih timpang, dengan dominasi di Pulau Jawa dan kekurangan besar di wilayah timur. Faktor yang memengaruhi persebaran meliputi jumlah penduduk, kepadatan, rumah sakit, dan puskesmas. Untuk mengatasinya, pemerintah menerapkan kebijakan seperti Permenkes No. 75/2014 dan Program Nusantara Sehat (Permenkes No. 33/2018), serta menyediakan insentif, rumah sakit bergerak, dan fasilitas pendukung di daerah DTPK, guna mempercepat pemerataan tenaga dokter di seluruh Indonesia.
Hutagalung, Simon Sumanjoyo., et al. (2020) ¹⁴	Kabupaten Lampung Tengah, Provinsi	Tenaga kesehatan di Kabupaten Lampung Tengah	34 puskesmas dan 17 rumah sakit di Kabupaten	Deskriptif Kualitatif	Wawancara, Focus Group Discussion	Distribusi tenaga kesehatan di Kabupaten Lampung Tengah masih belum merata. Beberapa wilayah seperti Terbanggi Besar, Trimurjo, dan Padang Ratu memiliki jumlah tenaga medis yang

Penulis	Lokasi Penelitian	Populasi	Sampel	Desain Penelitian	Pengumpulan Data	Hasil
	Lampung, Indonesia		Lampung Tengah		(FGD), dan observasi	berlebih, sementara daerah lain seperti Putra Rumbia justru kekurangan tenaga kesehatan, bahkan tidak memiliki dokter. Mayoritas tenaga kesehatan ditempatkan di puskesmas, sedangkan tenaga farmasi dan tenaga non-medis seperti rekam medis dan fisioterapis masih sangat terbatas. Ketimpangan ini dipengaruhi oleh factor kebijakan, belum dilakukannya analisis jabatan di tingkat puskesmas, lemahnya sistem informasi tenaga kesehatan, kurangnya koordinasi antarinstansi dalam proses rekrutmen, serta faktor geografis, sosial, ekonomi, dan keamanan yang membuat tenaga kesehatan lebih memilih bekerja di daerah yang lebih aman dan ramai.
Rachmadi, Triyo., Agustina, Resti. (2023) ¹⁵	Kabupaten Kebumen, Provinsi Jawa Tengah, Indonesia	Tenaga kesehatan di Kabupaten Kebumen	Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen, satu analis SDM, dan satu tenaga kesehatan yang ditempatkan di instansi non-kesehatan	Deskriptif kualitatif	Wawancara dan studi dokumen (data primer dan sekunder)	Selama pandemi COVID-19, Kabupaten Kebumen mengalami kekurangan sekitar 3.303 tenaga kesehatan dengan beban kerja meningkat akibat tugas tambahan seperti tes swab, pelacakan kontak, dan vaksinasi. Pemerintah daerah belum sepenuhnya menjalankan kebijakan pengembalian pejabat struktural berlatar belakang kesehatan ke jabatan fungsional, bahkan sebagian ditempatkan di instansi non-kesehatan. Upaya pemerataan dilakukan melalui penataan ulang jabatan fungsional, pemanfaatan basis data tenaga kesehatan terintegrasi dengan Kementerian Kesehatan, dan koordinasi lintas lembaga, namun

Penulis	Lokasi Penelitian	Populasi	Sampel	Desain Penelitian	Pengumpulan Data	Hasil
						implementasinya masih belum optimal dan kurang memperhatikan kebutuhan masyarakat.
Gofur, Nanda Rachmad Putra., et al. (2021) ¹⁶	Seluruh provinsi di Indonesia	Tenaga kesehatan bidang kedokteran gigi (dokter gigi, teknisi gigi, dan terapis gigi) di Indonesia	Data sekunder tenaga kesehatan gigi di 34 provinsi berdasarkan data Kementerian Kesehatan dan portal geospasial Indonesia	Analisis spasial (spatial analysis) dengan pendekatan kuantitatif	Analisis data sekunder	Distribusi dokter gigi, teknisi gigi, dan terapis gigi di Indonesia masih tidak merata, dengan rasio dokter gigi terhadap penduduk mencapai 1:17.105 dan dominasi tenaga kesehatan di wilayah Jawa-Bali. Ketimpangan disebabkan oleh kebijakan penempatan yang belum efektif, keterbatasan fasilitas, dan sedikitnya institusi pendidikan tenaga teknis. Pemerintah telah berupaya mengatasi masalah ini melalui program Nusantara Sehat, PTT Daerah, serta peningkatan jumlah mahasiswa kedokteran gigi untuk ditempatkan di daerah, namun belum ada kebijakan spesifik bagi teknisi dan terapis gigi sehingga pemerataan tenaga kesehatan gigi belum tercapai.
Efendi, Ferry., et al. (2022) ¹⁷	Seluruh provinsi di Indonesia	Pemangku kebijakan dan pihak terkait dalam pasar tenaga kerja keperawatan di Indonesia	Perwakilan dari berbagai kementerian dan lembaga (Kemenkes, Kemendikbud, Kemenaker, asosiasi profesi, lembaga akreditasi, serta sektor swasta) yang dipilih	Deskriptif kualitatif dengan pendekatan analisis kebijakan	<i>Focus Group Discussion (FGD)</i> , wawancara mendalam, dan analisis dokumen	Indonesia menghadapi paradoks antara surplus dan kekurangan perawat, di mana jumlah lulusan keperawatan berlebih namun distribusinya tidak merata, terutama di wilayah terpencil. Penyebabnya meliputi overproduksi tenaga, keterbatasan rekrutmen daerah, dan belum optimalnya kebijakan distribusi. Pemerintah berupaya mengatasinya melalui kebijakan moratorium program keperawatan baru, peningkatan mutu pendidikan dan uji kompetensi, program Nusantara Sehat serta penugasan khusus ke daerah terpencil, dan kerja sama publik-swasta

Penulis	Lokasi Penelitian	Populasi	Sampel	Desain Penelitian	Pengumpulan Data	Hasil
			secara purposive			dalam penyerapan tenaga. Selain itu, penguatan sistem informasi tenaga kesehatan dan pembentukan platform pasar tenaga keperawatan nasional diusulkan untuk mendukung pemerataan dan efisiensi kebijakan.
Hermawan, Asep. (2019) ¹⁸	Seluruh provinsi di Indonesia	Seluruh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan bidan) di fasilitas kesehatan pemerintah Indonesia tahun 2013	Data sekunder dari BPPSDMK (Badan Pengembangan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan) tahun 2013	Deskriptif kuantitatif dengan analisis geografis menggunakan Gini Index dan Kurva Lorenz untuk mengukur ketimpangan distribusi	Analisis data sekunder	Distribusi dokter, perawat, dan bidan di Indonesia tahun 2013 masih belum merata. Meskipun rasio perawat dan bidan sudah mencapai target nasional, distribusinya masih timpang terutama di wilayah Nusa Tenggara, Kalimantan, dan Papua. Bidan merupakan tenaga kesehatan yang paling merata, sedangkan perawat paling tidak merata. Untuk mengatasi ketimpangan, pemerintah menerapkan berbagai kebijakan seperti program penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah DTPK, pemberian insentif dan masa bakti bagi tenaga medis, serta program PTT dan pemerataan SDM kesehatan berkeadilan sesuai <i>RPJMN</i> dan <i>Perpres No. 72 Tahun 2012</i> . Namun, pemerataan tenaga kesehatan masih menjadi tantangan yang memerlukan penguatan kebijakan berbasis data distribusi dan kebutuhan riil daerah.
Romadhona, Yuni Sari., & Siregar, Kemal N. (2018) ¹⁹	Seluruh puskesmas di Indonesia	Tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas seluruh Indonesia	Data sekunder tenaga kesehatan dari Badan PPSDM Kesehatan Kementerian	Deskriptif analitik non-eksperimental (<i>cross-sectional</i>)	Analisis data sekunder	Penelitian ini menemukan bahwa distribusi tenaga kesehatan puskesmas di Indonesia masih tidak merata, dengan kekurangan signifikan di wilayah tengah dan timur. Sebagian besar tenaga kesehatan terkonsentrasi di wilayah barat, sementara dokter umum dan dokter gigi paling sedikit jumlahnya.

Penulis	Lokasi Penelitian	Populasi	Sampel	Desain Penelitian	Pengumpulan Data	Hasil
			Kesehatan per Juni 2018			Untuk mengatasi hal ini, pemerintah menjalankan program penugasan khusus di daerah DTPK, Nusantara Sehat, dan Dokter Layanan Primer, serta memberikan insentif, beasiswa daerah, dan fasilitas pendukung bagi tenaga kesehatan di wilayah terpencil. Selain itu, pengembangan layanan e-health juga menjadi strategi kebijakan untuk memperluas akses pelayanan kesehatan yang adil dan merata di seluruh Indonesia.
Lette, Arman Rifat. (2020) ²⁰	Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur	Tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Kupang	Klinik, puskesmas, dan rumah sakit tipe C, dengan informan utama pimpinan fasilitas dan bagian SDM, serta informan pendukung dari Dinas Kesehatan Provinsi NTT	Kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Wawancara mendalam dan analisis data sekunder	Kota Kupang masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan, terutama dokter spesialis, apoteker, dan tenaga non-kesehatan. Ketimpangan distribusi dan keterbatasan sumber daya menyebabkan beban kerja meningkat di fasilitas kesehatan. Pemerintah berupaya mengatasi hal ini melalui beasiswa pendidikan, program WKDS, penugasan wajib tenaga kesehatan, serta analisis kebutuhan SDM secara berkelanjutan, dengan tujuan memperkuat pemerataan tenaga kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan di wilayah Nusa Tenggara Timur.
B, Hikmah Nurul., et al. (2016) ²¹	Wilayah Indonesia Timur, meliputi tujuh provinsi: Nusa Tenggara	Puskesmas di wilayah Indonesia Timur	Data sekunder dari Indonesia Family Life Survey (IFLS) East 2012,	Kuantitatif dengan rancangan cross-sectional	Analisis data sekunder	Wilayah Indonesia Timur masih mengalami kesenjangan besar dalam distribusi tenaga kesehatan, terutama dokter dan bidan, dengan kekosongan tenaga paling tinggi di Papua, Maluku, dan Nusa Tenggara Timur. Ketimpangan

Penulis	Lokasi Penelitian	Populasi	Sampel	Desain Penelitian	Pengumpulan Data	Hasil
	Timur, Kalimantan Timur, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua		mencakup puskesmas di tujuh provinsi tersebut			ini disebabkan oleh faktor ekonomi, geografis, dan keterpencilan wilayah. Untuk mengatasinya, pemerintah menerapkan program PTT, penugasan khusus di daerah DTPK, pemberian insentif, beasiswa pendidikan, serta task shifting bagi tenaga kesehatan non-dokter. Selain itu, dilakukan pemetaan tenaga kesehatan berbasis data IFLS sebagai dasar kebijakan distribusi yang lebih adil dan berkelanjutan di wilayah Indonesia Timur.
Hidayanti, Henny. (2018) ²³	Kabupaten Lamongan, Provinsi Jawa Timur	Tenaga kesehatan dan pemangku kebijakan di bidang kesehatan di Kabupaten Lamongan	Pejabat Dinas Kesehatan, Badan Kepegawaian Daerah (BKD), serta tenaga kesehatan di puskesmas dan rumah sakit pemerintah	Kualitatif deskriptif	Wawancara mendalam, observasi langsung, dan analisis data sekunder	tenaga kesehatan di Kabupaten Lamongan masih belum merata karena penempatan belum didasarkan pada beban kerja dan kompetensi, serta dipengaruhi faktor domisili dan keterbatasan anggaran. Untuk mengatasi hal ini, pemerintah daerah melakukan perencanaan pengadaan berbasis kebutuhan, koordinasi Dinas Kesehatan dengan BKD, penugasan tenaga PTT, pemberian insentif sesuai beban kerja, dan prioritas bagi tenaga lokal. Langkah-langkah tersebut diharapkan dapat memperkuat pemerataan tenaga kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Lamongan.

Distribusi tenaga kesehatan di Indonesia masih menunjukkan ketimpangan yang cukup signifikan antara wilayah barat dan timur. Sebagian besar tenaga kesehatan, khususnya dokter dan tenaga medis terampil, terkonsentrasi di wilayah perkotaan Pulau Jawa dan Bali, sedangkan wilayah seperti Nusa Tenggara Timur, Maluku, dan Papua masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan yang serius.¹³ Ketimpangan ini berimbas pada rendahnya akses dan mutu pelayanan kesehatan di wilayah terpencil, yang pada akhirnya memperburuk pencapaian indikator kesehatan nasional, seperti Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).¹² Ketidakmerataan distribusi ini menunjukkan bahwa kebijakan pemerataan tenaga kesehatan masih menghadapi tantangan struktural dan geografis yang kompleks di Indonesia.^{24,20}

Perbedaan yang mencolok juga terlihat antara daerah urban dan remote dalam hal jumlah, kompetensi, dan retensi tenaga kesehatan. Daerah urban cenderung memiliki kelebihan tenaga medis karena fasilitas kesehatan, pendidikan, dan peluang karier yang lebih baik, sedangkan daerah terpencil menghadapi kendala keterbatasan infrastruktur, sarana transportasi, dan fasilitas kerja.²³ Studi menunjukkan bahwa tenaga kesehatan lebih memilih bekerja di daerah dengan kondisi sosial ekonomi yang lebih baik dan akses yang mudah terhadap layanan publik.²⁶ Akibatnya, beban kerja di daerah remote menjadi sangat tinggi dan berdampak pada rendahnya kinerja pelayanan kesehatan dasar, terutama di puskesmas.¹⁹

Faktor penyebab ketimpangan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia dapat dikelompokkan menjadi beberapa aspek utama, yaitu struktural, geografis,

ekonomi, dan kelembagaan. Secara struktural, kebijakan kepegawaian yang tidak berbasis pada analisis kebutuhan dan beban kerja menyebabkan ketidaksesuaian jumlah tenaga dengan kebutuhan pelayanan.²⁷ Secara geografis, kondisi daerah yang sulit dijangkau dan keterbatasan infrastruktur menjadi hambatan utama distribusi tenaga medis.²² Dari sisi ekonomi dan sosial, disparitas kesejahteraan dan peluang kerja membuat tenaga kesehatan lebih tertarik bekerja di daerah dengan tingkat pendapatan tinggi.^{16,23} Lemahnya sistem informasi tenaga kesehatan nasional (SISDMK) juga turut menghambat perencanaan distribusi yang berbasis data.²⁹

Pemerintah Indonesia telah menerapkan berbagai kebijakan untuk mengatasi ketimpangan distribusi tenaga kesehatan, antara lain program Pegawai Tetap (PTT), penugasan khusus di daerah DTPK (Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan), serta program Nusantara Sehat (NS). Program Nusantara Sehat terbukti meningkatkan ketersediaan tenaga di daerah terpencil melalui penugasan tim dan individu, meskipun keberlanjutan retensi tenaga setelah penugasan masih menjadi kendala.¹⁴ Program lain seperti Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) dan Internship Dokter Indonesia juga berkontribusi dalam pemerataan sementara tenaga medis di daerah terpencil.¹⁵ Selain itu, kebijakan insentif finansial dan non-finansial, seperti tunjangan daerah khusus dan kemudahan karier, telah diupayakan untuk menarik tenaga kesehatan ke wilayah terpencil.¹³

Meskipun berbagai kebijakan telah diterapkan, efektivitas implementasinya masih menghadapi tantangan besar. Permasalahan utama adalah kurangnya sinkronisasi antara kebijakan pusat dan

daerah serta lemahnya monitoring dan evaluasi.²⁷ Program yang bersifat temporer, seperti PTT dan Nusantara Sehat, sering kali tidak berkelanjutan dan bergantung pada anggaran pusat.²² Selain itu, infrastruktur penunjang seperti rumah dinas, sarana komunikasi, dan fasilitas kesehatan belum merata, sehingga menurunkan minat tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah remote.²⁰ Faktor non-finansial seperti dukungan sosial, kesempatan pengembangan karier, dan lingkungan kerja yang aman juga menjadi aspek penting yang belum optimal.²⁶

Berbagai studi menunjukkan bahwa upaya pemerataan tenaga kesehatan memberikan dampak positif terhadap peningkatan akses layanan dan pencapaian indikator kesehatan, meskipun hasilnya belum merata di seluruh daerah. Pemerataan tenaga kesehatan, khususnya melalui program Nusantara Sehat dan WKDS, mampu meningkatkan cakupan pelayanan ibu dan anak, imunisasi, serta pelayanan dasar di daerah terpencil.^{19,29} Namun, untuk mencapai keberlanjutan, diperlukan kebijakan berbasis data kebutuhan riil daerah, penguatan sistem informasi SDM kesehatan, serta pemberdayaan tenaga lokal melalui beasiswa dan rekrutmen daerah asal.^{22,25}

Selain itu pemanfaatan *digital health* juga menjadi salah satu strategi komplementer dalam mengatasi keterbatasan tenaga kesehatan secara fisik, terutama di daerah remote, melalui layanan ini memungkinkan tenaga kesehatan di wilayah urban memberikan dukungan layanan jarak jauh serta terbukti telah menunjukkan potensi dalam meningkatkan akses dan efisiensi layanan, termasuk dalam mempercepat rujukan dan pengambilan keputusan klinis.^{5,31} Namun, implementasi *digital health* masih

terkendala oleh keterbatasan infrastruktur seperti akses internet yang belum merata, kualitas jaringan yang rendah, serta rendahnya literasi digital di wilayah 3T, sehingga menghambat pemanfaatan optimal teknologi tersebut.³² Agar *digital health* dapat diterapkan secara efektif dan berkelanjutan maka penguatan infrastruktur dan kapasitas digital juga perlu ditingkatkan.³² Dengan kombinasi strategi insentif, digitalisasi layanan (*telemedicine*), dan kolaborasi lintas sektor, pemerataan tenaga kesehatan di Indonesia berpotensi menjadi lebih efektif dan berkelanjutan.²⁴

SIMPULAN

Ketimpangan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia masih menjadi tantangan nasional yang signifikan. Faktor-faktor seperti geografi, ekonomi, kebijakan rekrutmen, serta keterbatasan insentif dan infrastruktur memengaruhi persebaran tenaga kesehatan antara wilayah urban dan remote. Upaya pemerataan melalui program seperti Nusantara Sehat, PTT, WKDS, serta penugasan berbasis kebutuhan daerah telah menunjukkan dampak positif, namun implementasinya belum optimal dan cenderung bersifat sementara. Oleh karena itu, dibutuhkan strategi berkelanjutan berbasis data dan kebijakan terintegrasi yang memperkuat retensi tenaga kesehatan di daerah terpencil sekaligus memastikan keadilan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan, bimbingan, dan kontribusi dalam proses

penyusunan artikel ini, sehingga artikel ini dapat diselesaikan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 [Internet]. Who. 2016. 64 p. Available from: https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1
2. Kementerian Kesehatan RI. Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan Profil Tenaga Kesehatan [Internet]. Kementerian Kesehatan RI. 2025. Available from: <https://sisdmk.kemkes.go.id/>
3. Kementrian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia. 2016. 100 p.
4. Kementerian Kesehatan RI. Rencana Aksi Program Badan PPSDM Kesehatan Tahun 2020-2024 [Internet]. Universitas Nusantara PGRI Kediri. 2024. Available from: https://ditmutunakes.id/portal-kemkes/assets/images/laporan/93435_2_20240227115527.pdf
5. Kementerian Kesehatan RI. Rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020–2024. Kementerian Kesehatan RI; 2020.
6. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. WHO Press; 2010.
7. Campbell, J., Dussault, G., Buchan, J., Pozo-Martin, F., Guerra Arias, M., Leone, C., Siyam, A., & Cometto G. A universal truth: No health without a workforce. 2013.
8. Efendi, F., Chen, C. M., Nursalam, N., Indarwati, R., & Ulfiana E. Determinants of nurse retention in rural and remote areas in Indonesia. *Belitung Nurs J.* 2019;5(3):105–12.
9. Meliala, A., Hort, K., & Trisnantoro L. Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: The role of the private sector and effectiveness of current regulations. *Soc Sci Med.* 2013;(82):30–4.
10. Zebua ER, Lase D, Halawa O, Telaumbanua E. Implementasi Kebijakan Sumber Daya Manusia dan Akses Layanan Kesehatan Ibu dan Anak. *Tuhenori J Ilm Multidisiplin.* 2025;3(3):227–39.
11. Christanti J, Juliantini M. Analisis Ketersediaan Tenaga Kesehatan Terhadap Capaian Indikator Kinerja Puskesmas Di Kabupaten Ketapang Tahun 2019. *Praxis (Bern 1994).* 2020;3(1):1.
12. Muharram FR, Sulistya HA, Swannjo JB, Firmansyah FF, Rizal MM, Alifina Izza M, et al. Adequacy and Distribution of the Health Workforce in Indonesia. *WHO South-East Asia J Public Heal.* 2025;13(2):45–55.
13. Laksono AD, Ridlo IA, Ernawaty. Distribution Analysis of Doctors in Indonesia. *J Adm Kesehat Indones.* 2020;8(1):29–39.
14. Hutagalung SS, Hermawan D, Aulia D. Health workforce maldistribution: Lesson from central lampung regency in Indonesia. *Int J Public Heal Sci.* 2020;9(3):224–34.
15. Rachmadi T, Agustina R. Local Government Policy in Distribution of Healthcare Workforce During the Covid-19 Pandemic (Kebumen Regency). *Prophet Law Rev.* 2022;4(2):133–51.
16. Gofur NRP, Aghasy AZZ, Gofur ARP. Spatial distribution analysis of dentists, dental

- technicians, and dental therapists in Indonesia. *F1000Research*. 2021;10(2):1–15.
17. Efendi F, Aurizki GE, Auwalin I, Kurniati A, Astari LD, Puspitasari IT, et al. The Paradox of Surplus and Shortage: A Policy Analysis of Nursing Labor Markets in Indonesia. *J Multidiscip Healthc*. 2022;15:627–39.
 18. Hermawan A. ANALISIS DISTRIBUSI TENAGA KESEHATAN (DOKTER PERAWAT DAN BIDAN) DI INDONESIA PADA 2013 DENGAN MENGGUNAKAN GINI INDEX. *Bul Penelit Sist Kesehat [Internet]*. 2019;Vol. 22(3):167–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v22i3.1304%0AABSTRAK>
 19. Yuni Sari Romadhona KNS. ANALISIS SEBARAN TENAGA KESEHATAN PUSKESMAS DI INDONESIA BERDASARKAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 75 TAHUN 2014 TENTANG PUSKESMAS. *J Kesehat Manarang [Internet]*. 2018;4(2):114–21. Available from: <http://jurnal.poltekkesmamuju.ac.id/index.php/m>
 20. Lette AR. JUMLAH DAN KEBUTUHAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN DI FASILITAS KESEHATAN KOTA KUPANG. *urnal Publ Kesehat Masy Indones [Internet]*. 2020;7(2):9–14. Available from: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Educacao_PereiraAS_1.pdf%0Ahttp://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_11/rbcs11_01.htm%0Ahttp://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7845/1/td_2306.pdf%0Ahttps://direitoufma2010.files.wordpress.com/2010/
 21. Nurul Hikmah B., Lutfan Lazuardi, Dwi Handono. KESENJANGAN DISTRIBUSI TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS WILAYAH INDONESIA TIMUR (Analisis Data IFLS East 2012). *J Manaj Pelayanan Kesehat (The Indones J Heal Serv Manag*. 2016;19(3):1–6.
 22. Nurul Hikmah B, Harpiana Rahman AP. PUSKESMAS DI WILAYAH INDONESIA TIMUR Article history : *Wind Public Heal J [Internet]*. 2020;1(1):31–7. Available from: <http://jurnal.fkm.umi.ac.id/index.php/woph/article/view/4>
 23. Hidayanti H. Pemerataan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lamongan. *Cakrawala J Litbang Kebijak*. 2018;12(2):162–77.
 24. Putri LP, Russell DJ, O’Sullivan BG, Meliala A, Kippen R. A critical review of definitions of rural areas in Indonesia and implications for health workforce policy and research. *Heal Res Policy Syst [Internet]*. 2022;20(1):1–15. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00847-w>
 25. Meliala A, Hort K, Trisnantoro L. Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: The role of the private sector and effectiveness of current regulations. *Soc Sci Med [Internet]*. 2013;82:30–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.029>
 26. Wilem Reinhart Ridolof Pomeo, Eko Winarti. Dinamika Implementasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan Di Daerah Terpencil: Tantangan Dan Realitas Lapangan. *J Kesehat Tambusai*. 2024;5(1):2309–29.
 27. Nugraha SM, Manik CG, Su’udi A. Analisis Kebijakan Tenaga Kesehatan Non-PNS di Puskesmas. ... *Pelayanan Kesehat [Internet]*. 2020;4(1):51–63. Available from: <https://scholar.archive.org/work/uqfpxauc6beb3ij6ancxfapb2m/access/wayback/https://>

- ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/jpppk/article/download/3273/2061
28. Meilianti S, Smith F, Kristianto F, Himawan R, Ernawati DK, Naya R, et al. A national analysis of the pharmacy workforce in Indonesia. *Hum Resour Health* [Internet]. 2022;1–12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00767-4>
 29. DIANI MT, FLORA R, SYAKURAH RA. Optimalisasi Pemerataan SSM Kesehatan Di Indonesia. *J Nurs Public Heal*. 2023;11(1):234–45.
 30. Kurniati A, Roskam E, Afzal MM, Suryowinoto TB, Mukti AG. Strengthening Indonesia ' s health workforce through partnerships. *Public Health* [Internet]. 2015;129(9):1138–49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2015.04.012>
 31. World Bank. Digital health: Leveraging digital technologies to improve health system performance and outcomes. World Bank; 2020.
 32. Scott, R. E., & Mars M. Telehealth in the developing world: Current status and future prospects. *Smart Homecare Technol TeleHealth*. 2015;3:25–37.