

PERENCANAAN DAN DISTRIBUSI SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) KESEHATAN: TANTANGAN, FAKTOR PENENTU, DAN STRATEGI PEMERATAAN**Lilis Heri Mis Cich¹, Ditia Chrospandi¹, Endah Sulistyowati¹, Mila Suryani¹, Priyo Nugroho¹, Rinne Yulianti¹, Saumadin¹, Sujarwo Tribuwono¹, Willy Johan¹**¹*Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammad Husni Thamrin, Jakarta, Indonesia*

Info Artikel	Abstrak
<p>Riwayat Artikel: Tanggal Dikirim: 06 Juni 2026 Tanggal Diterima: 06 Juni 2026 Tanggal DiPublish: 08 Juni 2026</p> <p>Kata kunci: distribusi tenaga kesehatan; ekuitas; perencanaan tenaga kesehatan; sistem kesehatan; sumber daya manusia kesehatan</p> <p>Penulis Korespondensi: Willy Johan Email: willyjohan48@gmail.com</p>	<p>Latar belakang: Sumber daya manusia kesehatan (SDMK) merupakan fondasi utama sistem kesehatan dan penentu keberhasilan pencapaian Cakupan Kesehatan Semesta (<i>Universal Health Coverage</i> [UHC]). Meskipun jumlah tenaga kesehatan meningkat, ketimpangan distribusi antarwilayah, antarjenis tenaga, dan antartingkat fasilitas masih menjadi tantangan serius, khususnya di negara berkembang seperti Indonesia. Ketidakeimbangan ini berdampak pada akses, mutu layanan, dan keadilan kesehatan.</p> <p>Tujuan: mengkaji tantangan, faktor penentu, dan strategi pemerataan dalam perencanaan serta distribusi SDM kesehatan guna memperkuat sistem kesehatan.</p> <p>Metode: desain literature review dengan penelusuran sistematis melalui basis data PubMed dan Google Scholar terhadap publikasi 20 tahun terakhir berbahasa Indonesia dan Inggris. Kriteria inklusi mencakup penelitian kuantitatif, kualitatif, mixed-method, studi kebijakan, serta dokumen kebijakan yang relevan dengan perencanaan dan distribusi SDM kesehatan. Sebanyak 15 artikel memenuhi kriteria dan dianalisis menggunakan pendekatan sintesis tematik secara naratif untuk mengidentifikasi pola tantangan, faktor determinan, dan strategi pemerataan.</p> <p>Hasil: Ketimpangan distribusi SDM kesehatan dipengaruhi oleh faktor multidimensional, meliputi preferensi individu, keterbatasan tata kelola, sistem informasi yang belum terintegrasi, ketidaksesuaian produksi dan kebutuhan tenaga, serta lemahnya kebijakan retensi. Strategi efektif meliputi perencanaan berbasis kebutuhan seperti <i>Workload Indicators of Staffing Need</i> (WISN), reformasi pendidikan berbasis komunitas, regulasi penempatan, insentif finansial dan nonfinansial, serta pemanfaatan inovasi seperti task shifting dan telemedicine.</p> <p>Kesimpulan: Pemerataan SDM kesehatan memerlukan pendekatan komprehensif dan berbasis bukti yang terintegrasi lintas sektor. Implikasi bagi pengabdian kepada masyarakat mencakup penguatan advokasi kebijakan, pendampingan perencanaan SDM kesehatan berbasis beban kerja di daerah, serta edukasi dan kolaborasi komunitas untuk mendukung retensi tenaga kesehatan secara berkelanjutan.</p>

Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat
e-ISSN: 2527-8185
Vol. 11 No.1 Juni, 2026 (Hal 34-45)

Homepage: <https://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/JMKM>
DOI: <https://doi.org/10.51544/jmkm.v11i1.6211>

How To Cite: Cich, Lilis Heri Mis, Ditia Chrospandi, Endah Sulistyowati, Mila Suryani, Priyo Nugroho, Rinne Yulianti, Saumadin, Sujarwo Tribuwono, and Willy Johan. 2026. "Perencanaan Dan Distribusi Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan: Tantangan, Faktor Penentu, Dan Strategi Pemerataan." *Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat* 11 (1): 34–45. <https://doi.org/https://doi.org/10.51544/jmkm.v11i1.6211>.



Copyright © 2026 by the Authors, Published by Program Studi: Kesehatan Masyarakat Fakultas Farmasi dan Ilmu Kesehatan Universitas Sari Mutiara Indonesia. This is an open access article under the CC BY-SA Licence ([Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)).

1. Pendahuluan

Sumber daya manusia kesehatan (SDMK) merupakan pilar utama dan batu penjurong dari setiap sistem kesehatan yang memungkinkan peningkatan cakupan layanan kesehatan agar masyarakat dapat menikmati hak mereka untuk hidup sehat. Dalam agenda global pasca-tujuan pembangunan milenium, kemajuan menuju Cakupan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage/UHC) (1,2) dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) sangat bergantung pada ketersediaan tenaga kesehatan yang tangguh, fleksibel, dan responsif terhadap konteks saat ini (3,4). Meskipun SDMK diakui sebagai penggerak utama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dunia saat ini menghadapi tantangan besar berupa ketidakseimbangan mendalam antara ketersediaan, distribusi, komposisi, kompetensi, dan produktivitas tenaga kerja. Proyeksi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa dunia akan membutuhkan tambahan 18 juta tenaga kesehatan pada tahun 2030, terutama di negara berpenghasilan rendah dan menengah (5–7).

Indonesia sendiri termasuk dalam kategori negara yang menghadapi krisis tenaga kesehatan yang kritis. Meskipun jumlah SDMK di Indonesia terus mengalami peningkatan setiap tahunnya, pertumbuhan ini belum mampu mencukupi kebutuhan di seluruh fasilitas kesehatan secara merata (8,9). Keberhasilan pembangunan kesehatan nasional ditentukan sebesar 80% oleh SDMK, namun saat ini rasio dokter spesialis, dokter umum, dan perawat per populasi masih sering berada di bawah target nasional. Kurangnya SDMK di Indonesia dapat dimaknai dalam dua sisi: kurangnya jumlah secara absolut dan distribusi yang tidak merata secara geografis (5,8).

Tantangan utama dalam manajemen SDMK adalah ketidakseimbangan geografis yang meluas, di mana tenaga profesional lebih terkonsentrasi di wilayah perkotaan dan daerah yang lebih kaya, sementara wilayah terpencil dan pedesaan tetap kekurangan staf. Di Indonesia, disparitas ini terlihat jelas antara wilayah barat dan timur, serta antara puskesmas perkotaan dan pedesaan (3,8,10). Faktor-faktor yang membuat sektor publik kurang menarik bagi tenaga kesehatan meliputi beban kerja yang berat, jam kerja yang panjang, lingkungan kerja yang tidak menguntungkan, serta remunerasi yang rendah. Selain itu, fenomena "*brain drain*" atau migrasi tenaga kesehatan ke luar negeri atau ke sektor swasta demi kondisi kerja yang lebih baik semakin memperparah kekurangan staf di fasilitas kesehatan masyarakat (11,12).

Faktor-faktor yang menentukan distribusi SDMK yang tidak merata mencakup dimensi individu, organisasi, dan sosiokultural yang kompleks. Aspek individu, latar belakang sosial, gender, serta rencana pengembangan karier sangat memengaruhi keputusan tenaga kesehatan dalam menentukan lokasi praktik. Secara organisasional, kurangnya kebijakan SDM yang transparan, sistem rekrutmen yang kaku akibat desentralisasi, serta minimnya dukungan anggaran daerah menjadi penghambat utama dalam pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan (12,13). Selain itu, kurangnya sistem informasi SDMK yang terintegrasi menyebabkan pengambilan keputusan sering kali didasarkan pada kebutuhan *ad hoc* daripada bukti sistematis (3).

Untuk mengatasi tantangan tersebut, diperlukan strategi pemerataan yang komprehensif. Hal ini mencakup perencanaan berbasis bukti melalui metode Analisis Beban Kerja (ABK) atau *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN) untuk memastikan penempatan tenaga sesuai dengan kebutuhan riil (14,15). Strategi retensi harus melibatkan kombinasi insentif finansial dan nonfinansial, peningkatan fasilitas tempat tinggal di daerah terpencil, serta regulasi wajib kerja atau rotasi yang adil. Selain itu, inovasi seperti *task shifting* (pengalihan

tugas) dan pemanfaatan teknologi informasi dapat membantu mengoptimalkan peran tenaga kesehatan yang ada di lapangan (3,9,16).

Tinjauan literatur ini bertujuan untuk mengeksplorasi secara mendalam tantangan, faktor penentu, dan berbagai strategi pemerataan SDM kesehatan sebagai upaya untuk memperkuat sistem kesehatan nasional dan mencapai pemerataan akses layanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Metode

Kajian ini menggunakan metode *literature review* dengan penelusuran sistematis terhadap artikel ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal nasional dan internasional bereputasi. Penelusuran dilakukan melalui basis data elektronik PubMed dan Google Scholar menggunakan kata kunci *health workforce planning*, *health workforce distribution*, *human resources for health*, *equity*, dan *health system*. Artikel yang disertakan merupakan publikasi 20 tahun terakhir yang tersedia dalam teks lengkap, ditulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris, dan relevan dengan isu perencanaan, distribusi, serta pemerataan SDM dalam konteks sistem kesehatan, termasuk tantangan, faktor penentu, dan strategi kebijakan terkait pencapaian keadilan dan Cakupan Kesehatan Semesta. Jenis publikasi yang diikutsertakan meliputi penelitian kuantitatif, kualitatif, dan campuran, studi kebijakan, tinjauan literatur, serta dokumen kebijakan nasional maupun internasional.

Artikel dikecualikan apabila tidak sesuai dengan fokus kajian, khususnya jika tidak membahas perencanaan atau distribusi SDM, hanya menyoroti aspek pendidikan atau kepuasan kerja tanpa implikasi kebijakan distribusi tenaga kesehatan, atau berbentuk editorial, opini, komentar, dan abstrak konferensi tanpa teks lengkap. Artikel yang dipublikasikan di luar rentang waktu yang ditetapkan, ditulis dalam bahasa selain Indonesia dan Inggris, tidak tersedia dalam teks lengkap, atau merupakan publikasi ganda dari dataset yang sama juga dikeluarkan dari kajian.

Proses pemilihan artikel dilakukan melalui beberapa tahap. Pada tahap identifikasi diperoleh 1.466 artikel dari basis data yang digunakan. Setelah penghapusan duplikasi dan artikel yang tidak relevan secara awal, sebanyak 988 artikel disaring berdasarkan judul dan abstrak. Dari proses ini, 168 artikel dipilih untuk ditelusuri teks lengkapnya. Sebanyak 87 artikel tidak dapat diperoleh dalam bentuk teks lengkap, sehingga tersisa 81 artikel yang dinilai kelayakannya secara menyeluruh. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, 66 artikel dikeluarkan karena tidak sesuai konteks kajian, hanya tersedia dalam bentuk abstrak, atau termasuk jenis publikasi yang tidak memenuhi kriteria. Pada akhirnya, sebanyak 15 artikel terpilih untuk dianalisis dalam kajian ini.

Analisis terhadap artikel terpilih dilakukan secara naratif dengan pendekatan sintesis tematik untuk mengelompokkan temuan utama berdasarkan tema-tema kunci yang muncul.

3. Hasil

Berdasarkan hasil penelusuran literatur melalui basis data PubMed dan Google Scholar, diperoleh sejumlah artikel yang relevan dengan topik perencanaan dan distribusi SDM. Proses penelusuran dilakukan menggunakan kombinasi kata kunci yang berkaitan dengan perencanaan tenaga kesehatan, distribusi tenaga, pemerataan, dan sistem kesehatan. Selanjutnya, dilakukan proses seleksi secara bertahap berdasarkan kriteria inklusi dan

eksklusi yang telah ditetapkan, dimulai dari penyaringan judul dan abstrak hingga penilaian teks lengkap (Tabel 1).

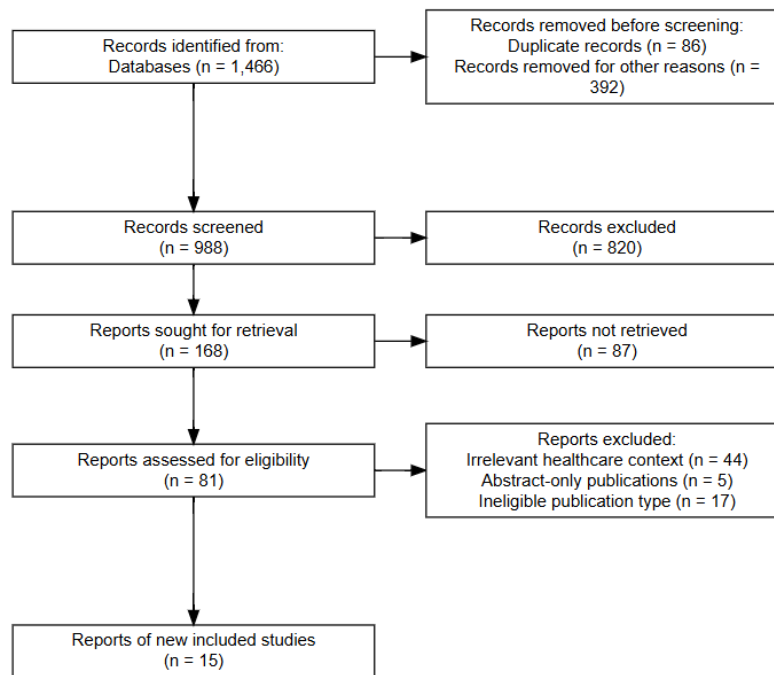
Setelah melalui tahapan tersebut, sebanyak 15 artikel ilmiah dipilih untuk dianalisis lebih lanjut (Gambar 1). Artikel yang dianalisis mencakup berbagai pendekatan metodologis, termasuk penelitian kuantitatif, kualitatif, studi kebijakan, *literature review*, serta dokumen kebijakan internasional dan nasional. Keberagaman jenis studi ini memungkinkan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai dinamika perencanaan dan distribusi SDMK dari perspektif empiris maupun kebijakan.

Tabel 1. Review Jurnal yang diidentifikasi

No	Author (Tahun)	Jurnal	Judul	Metode	Hasil
1	Dussault & Franceschini (2006)	Human Resources for Health	<i>Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce</i>	Narrative literature review	Masalah utama SDM kesehatan bukan hanya kekurangan jumlah, tetapi maldistribusi geografis. Faktor penentu meliputi insentif, kondisi kerja, dan peluang pengembangan karier.
2	Anand & Bärnighausen (2007)	The Lancet	<i>Health workers and vaccination coverage in developing countries</i>	Analisis kuantitatif lintas negara	Ketersediaan dan distribusi tenaga kesehatan berhubungan signifikan dengan cakupan pelayanan kesehatan. Pemerataan SDM kesehatan meningkatkan akses dan kinerja layanan.
3	Kanchanachitra et al. (2011)	The Lancet	<i>Human resources for health in Southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade</i>	Literature review dan analisis regional	Terjadi kekurangan dan ketimpangan distribusi SDM kesehatan di negara Asia Tenggara, terutama antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Diperlukan kebijakan pemerataan berbasis kebutuhan dan penguatan regulasi distribusi tenaga kesehatan.
4	Campbell et al. (2013)	The Lancet	<i>Universal access to health workers: strategies for equitable distribution</i>	Policy analysis	Strategi pendidikan berbasis daerah asal, insentif finansial, dan dukungan profesional efektif meningkatkan retensi tenaga kesehatan di daerah terpencil.
5	World Health Organization (2016)	WHO Bulletin / Policy Document	<i>Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030</i>	Policy review dan analisis strategis global	Perencanaan SDM kesehatan harus berbasis kebutuhan populasi dan beban penyakit. Pemerataan SDM memerlukan pendekatan terintegrasi antara pendidikan, regulasi, dan insentif.
6	Scheffler et al. (2016)	Human Resources for Health	<i>Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals</i>	Modelling study	Kekurangan dan ketimpangan distribusi tenaga kesehatan menjadi hambatan pencapaian UHC. Diperlukan proyeksi jangka panjang dan investasi SDM kesehatan berkelanjutan.
7	Saw et al. (2019)	Heliyon	<i>Myanmar's human resources for health: current situation and challenges</i>	Deskriptif dan analisis kebijakan	Terdapat kesenjangan distribusi tenaga kesehatan antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Diperlukan reformasi kebijakan distribusi dan retensi SDM kesehatan.
8	Sumiarsih & Nurlinawati (2019)	Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan	Permasalahan dalam Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan di Kabupaten/Kota	Studi kualitatif	Perencanaan SDM di daerah belum berbasis kebutuhan dan data yang akurat. Kendala utama meliputi kapasitas perencana yang rendah, sistem informasi yang belum optimal, serta koordinasi lintas sektor yang lemah.

No	Author (Tahun)	Jurnal	Judul	Metode	Hasil
9	Shofiah, Prihatini & Viphindartin (2019)	BISMA: Jurnal Bisnis dan Manajemen	Perencanaan SDM Kesehatan Puskesmas di Kabupaten Jember	Studi deskriptif kualitatif	Kebutuhan SDM Puskesmas belum sesuai standar karena keterbatasan perencanaan dan distribusi tenaga kesehatan. Diperlukan analisis beban kerja dan pemetaan kebutuhan SDM.
10	Annadoroh H, Ilyas Y (2019)	Journal of Indonesian Health Policy and Administration	Implementasi Kebijakan Perencanaan SDM Kesehatan di Kota Depok	Studi kebijakan kualitatif	Implementasi kebijakan perencanaan SDM belum berjalan optimal akibat lemahnya komunikasi kebijakan, dukungan sumber daya, dan struktur birokrasi.
11	Lette (2020)	Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia	Jumlah dan Kebutuhan SDM Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Kota Kupang	Studi deskriptif kuantitatif	Terdapat ketidakseimbangan antara jumlah tenaga kesehatan dan beban pelayanan. Distribusi tenaga kesehatan belum merata antar fasilitas pelayanan kesehatan.
12	Aprianto & Zuchri (2021)	Jurnal Kesehatan Tambusai	Implementasi Manajemen SDM Kesehatan di Fasilitas Kesehatan: <i>Literature Review</i>	Literature review	Manajemen dan perencanaan SDM belum optimal, khususnya dalam pendistribusian dan pengembangan kompetensi tenaga kesehatan.
13	Marwa R (2021)	Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia	Tantangan dan Isu Strategis SDM Kesehatan di Puskesmas	Policy review	Tantangan utama SDM di Puskesmas meliputi ketersediaan, distribusi, kualitas tenaga kesehatan, serta praktik multitasking dan task shifting.
14	Hidayah et al. (2021)	Prosiding Seminar Nasional Kesehatan	Peran Manajemen SDM dalam Meningkatkan Kinerja Klinik Pratama	Studi deskriptif	Penguatan perencanaan dan pengelolaan SDM kesehatan berkontribusi pada peningkatan kinerja layanan, terutama di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
15	Aminulloh & Astuty (2021)	Kompleksitas: Jurnal Ilmiah Manajemen, Organisasi dan Bisnis	SDM Rumah Sakit dalam Perspektif Ekonomi di Masa Pandemi	Literature review	Kekurangan dan distribusi SDM di rumah sakit berdampak pada kinerja layanan. Diperlukan perencanaan SDM yang adaptif dan berkelanjutan.

Analisis terhadap artikel terpilih dilakukan secara naratif dengan pendekatan sintesis tematik. Temuan utama dikelompokkan ke dalam tema-tema kunci yang mencerminkan pola ketimpangan distribusi, tantangan sistemik dalam perencanaan dan tata kelola SDM, faktor-faktor penentu distribusi tenaga kesehatan, serta berbagai strategi pemerataan yang diusulkan atau telah diterapkan di berbagai konteks sistem kesehatan. Pendekatan ini digunakan untuk mengidentifikasi kesamaan, perbedaan, dan kecenderungan umum dalam literatur, serta untuk merumuskan implikasi kebijakan yang relevan bagi penguatan sistem kesehatan nasional.



Gambar 1. Alur penelusuran literatur

4. Pembahasan

Sumber daya manusia kesehatan merupakan pilar utama dan batu penjurur dari setiap sistem kesehatan sesuai dengan konsep *six Building block* WHO yang memungkinkan peningkatan cakupan layanan kesehatan agar masyarakat dapat menikmati hak mereka untuk hidup sehat (3,15). Signifikansi SDM Kesehatan sangat krusial karena agenda pembangunan global, termasuk pencapaian UHC dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals* [SDGs]), tidak akan tercapai tanpa ketersediaan tenaga kerja yang tangguh dan responsif. Perencanaan SDM Kesehatan didefinisikan sebagai proses sistematis untuk menetapkan jumlah, jenis, dan kualifikasi tenaga yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi wilayah demi mencapai tujuan pembangunan kesehatan (6,12,14).

Peran perencanaan SDM Kesehatan sangat vital dalam menjamin akses layanan kesehatan. Akses universal tercapai ketika hambatan geografis, ekonomi, sosiokultural, dan organisasi dihilangkan, sehingga seluruh masyarakat dapat menggunakan layanan kesehatan secara adil (6,12). Tanpa perencanaan yang matang, fasilitas kesehatan mungkin tersedia secara fisik, namun tidak dapat berfungsi maksimal karena kekurangan tenaga profesional untuk melayani pasien. Oleh karena itu, perencanaan harus didasarkan pada ABK atau WISN untuk memastikan ketersediaan tenaga kerja sesuai dengan kebutuhan riil di lapangan (8,12).

Selain akses, perencanaan dan distribusi yang tepat sangat berpengaruh terhadap mutu pelayanan. Kualitas perawatan kesehatan difasilitasi oleh tata kelola SDM Kesehatan yang baik, di mana tenaga kesehatan memiliki kompetensi yang dipersyaratkan dan motivasi tinggi untuk memberikan layanan yang aman. Sebaliknya, kegagalan dalam merencanakan distribusi menyebabkan beban kerja yang berlebihan, jam kerja yang panjang, dan stres pada tenaga medis, yang pada akhirnya menurunkan kualitas pelayanan, meningkatkan risiko kesalahan medis, dan mengurangi kepuasan pasien (3,6,17).

Pencapaian keadilan (*equity*) dalam sistem kesehatan sangat bergantung pada distribusi SDM Kesehatan yang merata. Saat ini, dunia menghadapi masalah serius berupa ketidakseimbangan geografis, di mana tenaga kesehatan cenderung terkonsentrasi di wilayah perkotaan dan

daerah kaya, sementara daerah terpencil dan pedesaan mengalami krisis tenaga (11,12). Ketidakmerataan ini berkontribusi pada disparitas derajat kesehatan yang tajam antara penduduk kota dan desa. Keadilan hanya dapat dicapai jika sistem mampu mendistribusikan SDM secara adil berdasarkan kebutuhan populasi, bukan berdasarkan daya tarik ekonomi suatu wilayah semata (4).

Perencanaan SDM bukan sekadar tentang menghitung jumlah kepala, melainkan strategi untuk memastikan tenaga kerja *fit for purpose* (sesuai tujuan) dan *fit to practise* (siap praktik) dalam konteks lokal. Hal ini memerlukan komitmen politik jangka panjang, strategi retensi yang melibatkan insentif finansial maupun non-finansial, serta kolaborasi lintas sektor untuk mengatasi hambatan sistemik dalam distribusi tenaga kesehatan

Pola dan Bentuk Ketimpangan Distribusi SDM Kesehatan

Ketimpangan distribusi sumber daya manusia kesehatan (SDMK) merupakan masalah global yang persisten, di mana terdapat kecenderungan kuat konsentrasi tenaga profesional di wilayah perkotaan dan daerah yang lebih makmur dibandingkan dengan wilayah pedesaan atau terpencil. Pola ini menciptakan situasi paradoks yang disebut sebagai urban bias, di mana wilayah perkotaan sering kali mengalami kelebihan staf (*overstaffing*) yang memicu pengangguran atau migrasi tenaga medis ke luar negeri (*brain drain*), sementara pos-pos kesehatan di daerah pedesaan tetap kosong (12).

Ketimpangan Geografis dan Antarwilayah Di tingkat global: ketimpangan geografis terlihat dari konsentrasi dokter dan perawat di wilayah metropolitan yang hanya mencakup sebagian kecil populasi (9,12). Di Indonesia, disparitas antarwilayah sangat mencolok antara bagian barat yang memiliki fasilitas lengkap dengan wilayah tengah dan timur yang masih kekurangan tenaga. Sebagai contoh, puskesmas di wilayah timur Indonesia sering kali tidak memiliki standar minimal sembilan jenis tenaga kesehatan. Bahkan, di tingkat kota seperti Kupang, distribusi masih terkonsentrasi di pusat kota, sementara daerah pinggiran mengalami krisis. Faktor penentu ketimpangan ini meliputi kurangnya infrastruktur, kondisi kerja yang buruk di daerah terpencil, serta perbedaan kompensasi finansial antara sektor publik dan swasta (8,9,11).

Ketimpangan Antarjenis Tenaga Kesehatan: Bentuk ketimpangan lainnya terjadi pada komposisi jenis tenaga. Terdapat kekurangan akut pada tenaga kesehatan strategis seperti dokter spesialis (khususnya jantung dan urologi), tenaga kefarmasian/apoteker, dan tenaga penunjang seperti analis laboratorium atau tenaga IT medis. Data menunjukkan bahwa perawat cenderung terdistribusi lebih merata dibandingkan dokter, namun tetap saja rasio tenaga kesehatan di banyak wilayah berada di bawah ambang batas minimal yang ditetapkan WHO (3,8,16). Selain itu, terdapat masalah atrisi fungsional, di mana banyak lulusan medis yang bekerja di luar sektor kesehatan atau menolak ditempatkan di daerah karena rencana pengembangan karir yang hanya tersedia di pusat kota (4,12).

Implikasi terhadap Akses Layanan Kesehatan Ketimpangan distribusi ini memiliki implikasi serius terhadap UHC dan keadilan sosial. Ketersediaan infrastruktur fisik (seperti gedung rumah sakit atau puskesmas) menjadi tidak berarti jika tidak ada tenaga profesional yang mengoperasikannya, sehingga akses nyata masyarakat terhadap layanan menjadi terhambat. Dampak langsung dari kekurangan staf di lapangan meliputi (12,15): 1. Penurunan Mutu Layanan: Kurangnya tenaga menyebabkan beban kerja berlebih (*overload*), yang meningkatkan risiko kesalahan medis dan menurunkan keselamatan pasien. 2. *Multitasking dan Task Shifting*: Tenaga yang ada terpaksa melakukan tugas di luar kompetensinya (seperti perawat mengelola farmasi), yang dapat membahayakan

kualitas klinis. 3. Hambatan Keadilan: Masyarakat di daerah tertinggal harus menempuh jarak jauh atau biaya tinggi untuk menemui tenaga ahli, yang pada akhirnya memperburuk indikator kesehatan nasional seperti angka kematian ibu dan bayi.

Secara keseluruhan, ketimpangan distribusi SDM kesehatan bukan hanya masalah kekurangan jumlah secara absolut, melainkan kegagalan sistemik dalam perencanaan dan retensi tenaga kerja yang merespons kebutuhan riil populasi

Tantangan Utama dalam Perencanaan dan Distribusi SDM Kesehatan

Manajemen sumber daya manusia kesehatan menghadapi tantangan sistemik yang menghambat pencapaian UHC. Tantangan ini tidak hanya mencakup kekurangan jumlah secara absolut, tetapi juga ketidakteraturan dalam data, tata kelola, dan retensi tenaga kerja (6,12).

Keterbatasan Data dan Sistem Informasi Salah satu tantangan paling mendasar adalah kurangnya data SDM kesehatan yang akurat, mutakhir, dan terintegrasi. Banyak negara hanya memiliki informasi terbatas pada kategori dokter dan perawat, sementara data untuk tenaga kesehatan penunjang dan sektor swasta sering kali tidak tersedia (3,7). Di Indonesia, kebijakan desentralisasi berdampak pada terputusnya aliran data dari tingkat daerah ke pusat, sehingga perencanaan nasional tidak didukung oleh bukti yang kuat. Akibatnya, pengambilan keputusan sering kali didasarkan pada kebutuhan ad hoc daripada analisis beban kerja yang sistematis (3,14).

Ketidaksesuaian Kebutuhan dan Ketersediaan Tenaga Terjadi ketidaksesuaian (*mismatch*) yang nyata antara kapasitas produksi pendidikan dengan daya serap pasar tenaga kerja. Di beberapa negara seperti Filipina dan Indonesia, lembaga pendidikan menghasilkan lulusan dalam jumlah besar, namun banyak yang tetap menganggur karena keterbatasan anggaran pemerintah untuk merekrut mereka ke sektor publik (3,16,18). Fenomena paradoks muncul di mana pengangguran tenaga kesehatan terjadi bersamaan dengan besarnya kebutuhan layanan kesehatan masyarakat yang belum terpenuhi (15).

Masalah Retensi dan Ketimpangan Geografis Masalah retensi di daerah terpencil tetap menjadi hambatan kronis. Wilayah pedesaan sering kali dianggap tidak menarik karena remunerasi yang rendah, beban kerja yang berat, isolasi profesional, serta kurangnya infrastruktur dan fasilitas hidup yang memadai. Hal ini memicu "*brain drain*", baik secara eksternal (migrasi ke luar negeri) maupun internal (perpindahan dari sektor publik ke swasta atau dari desa ke kota). Ketimpangan ini diperparah oleh kebijakan rekrutmen yang kaku dan kurangnya insentif non-finansial, seperti jaminan pengembangan karir dan perumahan staf (3,12).

Tantangan tata kelola dan desentralisasi tata kelola SDM kesehatan sangat kompleks karena melibatkan koordinasi lintas sektor antara Kementerian Kesehatan, Pendidikan, Keuangan, dan Badan Kepegawaian. Di Indonesia, manajemen ASN (Aparatur Sipil Negara) yang terpusat sering kali tidak sinkron dengan kebutuhan riil di lapangan, menyebabkan kesenjangan antara formasi yang ditetapkan dengan usulan fasilitas kesehatan (14,15,18). Meskipun desentralisasi bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, dalam praktiknya banyak pemerintah daerah kesulitan merekrut tenaga medis karena anggaran yang terbatas atau kurangnya kapasitas manajerial dalam menyusun rencana kebutuhan berbasis bukti (13,14). Secara keseluruhan, tantangan-tantangan ini saling terkait. Kegagalan dalam perencanaan dan retensi tenaga kesehatan akan secara langsung menurunkan mutu layanan, meningkatkan risiko kesalahan medis, dan memperlebar jurang ketidakadilan akses kesehatan bagi masyarakat.

Faktor-Faktor Penentu Distribusi SDM Kesehatan

Pencapaian distribusi tenaga kesehatan yang adil memerlukan pendekatan multifaset yang terintegrasi, bukan sekadar tindakan reaktif atau terisolasi. Strategi pemerataan yang sukses bergantung pada kepemimpinan politik yang kuat, komitmen jangka panjang, dan kolaborasi lintas sektor antara kesehatan, pendidikan, tenaga kerja, dan keuangan (4,12). Berikut adalah beberapa strategi utama yang diidentifikasi untuk mencapai pemerataan SDM:

Perencanaan Berbasis Bukti dan Penguatan Data Langkah awal dalam strategi pemerataan adalah penggunaan metode perencanaan yang akurat seperti ABK atau WISN. Metode ini memungkinkan manajer kesehatan untuk menghitung kebutuhan staf berdasarkan beban kerja nyata di fasilitas kesehatan, bukan hanya berdasarkan rasio populasi yang kaku. Selain itu, implementasi Akun Tenaga Kesehatan Nasional sangat krusial untuk menstandarisasi informasi dan melacak kinerja kebijakan SDM menuju cakupan kesehatan semesta (14,15).

Insentif Finansial dan Non-Finansial Pemberian insentif yang kompetitif merupakan strategi retensi yang umum digunakan. Insentif finansial mencakup tunjangan daerah terpencil (*hardship allowances*), tunjangan non-praktik swasta, serta gaji yang dibayarkan tepat waktu. Namun, bukti menunjukkan bahwa insentif finansial saja sering kali tidak cukup (4,15). Oleh karena itu, diperlukan dukungan non-finansial seperti jalur pengembangan karir yang jelas, akses ke pendidikan berkelanjutan, penyediaan fasilitas perumahan yang layak, serta lingkungan kerja yang aman dan mendukung. Penghargaan sosial, seperti gelar "Dokter Teladan" atau pengakuan nasional bagi tenaga medis di daerah terpencil, juga terbukti efektif meningkatkan moral dan motivasi (12,14).

Regulasi dan Kebijakan Wajib Kerja Banyak negara menerapkan kebijakan wajib kerja atau ikatan dinas (*bonding*) bagi lulusan baru, di mana mereka diwajibkan bekerja di daerah yang ditentukan selama periode tertentu sebagai syarat untuk mendapatkan lisensi praktik. Di Myanmar dan Thailand, strategi ini digunakan untuk mengisi kekosongan di pedesaan, meskipun keberhasilannya sangat bergantung pada transparansi penempatan dan ketersediaan fasilitas pendukung di lokasi tersebut (12,16).

Reformasi Pendidikan dan Rekrutmen Lokal Strategi jangka panjang yang efektif adalah merekrut mahasiswa dari latar belakang pedesaan dan memberikan pelatihan di lingkungan komunitas tempat mereka nantinya akan bertugas (4,12). Mahasiswa yang berasal dari daerah terpencil memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk kembali dan menetap di komunitas tersebut setelah lulus. Selain itu, kurikulum pendidikan harus direorientasi agar lebih fokus pada perawatan primer daripada spesialisasi rumah sakit yang berpusat di perkotaan (15,19).

Inovasi: *Task Shifting* dan Teknologi *Task shifting* (pengalihan tugas) atau substitusi peran memungkinkan tugas klinis tertentu dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan kualifikasi di bawahnya namun terlatih secara khusus, seperti perawat yang melakukan tugas preventif di komunitas atau bidan yang mengelola program gizi (9,14). Penggunaan teknologi informasi seperti *telemedicine* dan *e-learning* juga dapat mengurangi rasa isolasi profesional di daerah terpencil dengan memfasilitasi kolaborasi dan konsultasi jarak jauh dengan spesialis di kota besar (4,12).

Strategi Pemerataan Distribusi SDM Kesehatan

Pemerataan sumber daya manusia kesehatan merupakan prasyarat mutlak untuk mencapai UHC dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Berbagai sumber menunjukkan bahwa ketimpangan geografis tidak dapat diatasi hanya dengan satu intervensi tunggal, melainkan memerlukan strategi multifaset yang terintegrasi antara pendidikan, regulasi, insentif, dan inovasi (4,6,12).

Reformasi Pendidikan dan Rekrutmen Lokal Strategi pendidikan harus bersifat transformatif untuk menghasilkan lulusan yang responsif terhadap kebutuhan lokal (15,19). Salah satu pendekatan yang paling efektif adalah merekrut mahasiswa dari latar belakang pedesaan atau komunitas kurang terlayani, karena mereka terbukti memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk kembali dan menetap di daerah asal setelah lulus (12). Program seperti *Physician Shortage Area Program* (PSAP) di Amerika Serikat dan kebijakan rekrutmen pedesaan di Thailand menunjukkan kesuksesan jangka panjang dalam mempertahankan dokter di wilayah terpencil. Selain itu, kurikulum harus direorientasi menuju pembelajaran berbasis kompetensi dan praktik tim interprofesional di tingkat pelayanan primer (12,15).

Regulasi dan Kebijakan Wajib Kerja Banyak negara menerapkan kebijakan wajib kerja atau ikatan dinas (*bonding*) bagi lulusan baru untuk mengisi kekosongan di daerah terpencil. Di Myanmar dan Thailand, penempatan di pedesaan sering kali menjadi syarat untuk mendapatkan lisensi praktik atau izin melanjutkan pendidikan spesialis. Namun, agar efektif, proses penempatan ini harus transparan, adil, dan didukung dengan jaminan jalur karir yang jelas bagi mereka yang telah menyelesaikan masa baktinya (12,19).

Sistem Insentif Komprehensif Insentif finansial berupa tunjangan daerah terpencil (*hardship allowance*) atau tunjangan non-praktik swasta sering digunakan, namun insentif finansial saja jarang mencukupi. Strategi yang lebih berhasil menggabungkan dukungan finansial dengan insentif non-finansial seperti penyediaan perumahan staf, jam kerja yang fleksibel, akses ke pendidikan berkelanjutan, serta keamanan lingkungan kerja (12). Di Thailand, pemberian pengakuan sosial melalui penghargaan tingkat nasional bagi dokter pedesaan terbukti efektif dalam meningkatkan moral dan retensi tenaga kerja (16,19).

Inovasi pelayanan dan penguatan data inovasi seperti *task shifting* (pengalihan tugas) dari dokter ke perawat atau bidan yang terlatih secara khusus dapat meningkatkan akses secara signifikan. Bukti ekonometrik menunjukkan bahwa kepadatan perawat sering kali berkorelasi lebih kuat dengan cakupan layanan (seperti imunisasi) dibandingkan dengan kepadatan dokter di negara berkembang (15,20). Pemanfaatan teknologi informasi dan *telemedicine* juga berperan krusial dalam mengurangi isolasi profesional di daerah terpencil dengan menyediakan akses konsultasi jarak jauh (12). Seluruh strategi ini harus didukung oleh penguatan sistem informasi SDM melalui NHWA (*National Health Workforce Accounts*) untuk memastikan pengambilan kebijakan didasarkan pada bukti nyata beban kerja di lapangan, bukan sekadar rasio populasi.

5. Kesimpulan

Kajian literatur ini menunjukkan bahwa perencanaan dan distribusi SDM kesehatan merupakan komponen strategis dalam penguatan sistem kesehatan dan pencapaian UHC. Meskipun jumlah tenaga kesehatan secara global dan nasional terus meningkat, ketimpangan distribusi geografis, jenis tenaga, dan kapasitas layanan masih menjadi tantangan utama, khususnya di negara berpenghasilan rendah dan menengah seperti Indonesia. Ketidakseimbangan ini dipengaruhi oleh faktor multidimensional yang mencakup aspek individu, organisasi, sosial-ekonomi, serta tata kelola dan sistem informasi SDM yang belum terintegrasi secara

optimal. Temuan literatur menegaskan bahwa pendekatan parsial tidak memadai untuk mengatasi masalah pemerataan tenaga kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan strategi komprehensif yang menggabungkan perencanaan berbasis bukti, kebijakan retensi yang adil, reformasi pendidikan, regulasi penempatan, serta inovasi pelayanan dan teknologi. Penguatan sistem informasi SDM dan komitmen kebijakan jangka panjang menjadi prasyarat penting agar distribusi tenaga kesehatan dapat lebih responsif terhadap kebutuhan riil populasi dan mendukung keadilan akses layanan kesehatan secara berkelanjutan.

7. Referensi

1. Juniasti HT, Batmanlusi K, Zamuli H. Optimalisasi Cakupan UHC (Universal Health Coverage) Melalui Edukasi JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dan Penggunaan Aplikasi Mobile JKN. *J Hum Educ [Internet]*. 2025;5(1):887–93. Available from: <http://www.jahe.or.id/index.php/jahe/article/view/2290>
2. Ju M, Kang M, Park EY. Is universal health coverage really better? Unintended consequences of the 2019 Amendment of the National Health Insurance Act for humanitarian sojourners in South Korea. *Int J Equity Health [Internet]*. 2025;24(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02396-4>
3. Saw YM, Than TM, Thaug Y, Aung S, Shiao LW, Win EM, et al. Myanmar ' s human resources for health : current situation and its challenges. *Heliyon [Internet]*. 2019;5(January):e01390. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01390>
4. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage : fostering equity and effective coverage. *Bull World Heal Organ*. 2013;91(August):853–63.
5. Aprianto B, Zuchri FN. Implementasi Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Fasilitas Kesehatan : A Literature Review. *J Kesehat Tambusai*. 2021;2(September):160–6.
6. Helena S, Cassiani DB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014;22(6):891–2.
7. Scheffler RM, Cometto G, Tulenko K. Health Workforce Universal Health Coverage Requirements For And The Sustainable Development Goals. 1st ed. Vol. 1. Geneva; 2016. 1–40 p.
8. Lette AR. Jumlah Dan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Fasilitas Kesehatan Kota Kupang. *J Publ Kesehat Masy Indones*. 2020;7(2):9–14.
9. Attriani AN. Tantangan dan isu strategis sumber daya kesehatan manusia kesehatan pada puskesmas di indonesia. *J Kesehat Tambusai*. 2022;3(September):363–8.
10. Juniati Z. Implementasi Kebijakan BPJS Kesehatan dalam Meningkatkan Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Aceh Timur. *Asia-Pacific J Public Policy [Internet]*. 2022;8(2):79–89. Available from: <https://journal.stianasional.ac.id/index.php/humanis/article/view/128>
11. Hidayah N, Dewi A, Rakasiwi P. Peran Manajemen Sumber Daya Manusia Dalam Meningkatkan Kinerja Pelayanan Pada Klinik Pratama. In: *Webinar Abdimas*. 2021. p. 1289–302.
12. Dussault G, Franceschini MC. Human Resources for Health imbalances in the distribution of the health workforce. *BioMed Cent Rev*. 2006;16:1–16.
13. Shofiah R, Prihatini D, Viphindartin S. Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) Puskesmas Di Kabupaten Jember. *J Bisnis dan Manaj*. 2019;13(3):181–8.
14. Sumiarsih M, Nurlinawati I. Permasalahan dalam Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Kabupaten / Kota. *J Penelit dan Pengemb Pelayanan Kesehat*. 2019;3(3):182–92.

15. World Health Organization. *Global strategy on human resources for health : Workforce 2030*. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2016. 1–64 p.
16. Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huong NL, et al. Health in Southeast Asia 5 Human resources for health in southeast Asia : shortages , distributional challenges , and international trade in. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9767):769–81. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62035-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62035-1)
17. Aminulloh, Astuty P. Literatur review : sumber daya manusia rumah sakit dalam ekonomi saat pandemi covid 19 melanda indonesia 1,2). *Kompleks J Manajemen, Organ Dan Bisnis*. 2020;10(2):1–8.
18. Marwa R. Tantangan dan isu strategis sumber daya manusia kesehatan pada puskesmas di Indonesia: Kajian literatur. (Preprint). 2021 Dec 28;
19. Annadoroh H, Ilyas Y. An Analysis on the Implementation of the Human Resources in the Health Field Planning Policy in Depok, 2017. *J Indones Heal Policy Adm*. 2019;4(1).
20. Anand S, Bärnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries : an econometric analysis. *Lancet* [Internet]. 2007;369(9569):1277–85. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60599-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60599-6)