

DETERMINAN DISTRIBUSI DOKTER SPESIALIS DI KOTA/KABUPATEN INDONESIA

DETERMINANT FACTORS OF DOCTOR'S DISTRIBUTION IN CITY/DISTRICT INDONESIA

Yaslis Ilyas

Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia,
Indonesia

ABSTRACT

Background: Many factors cause the scarcity of specialist doctors in Indonesia. The Purpose of this research is to answer: "What are factors that determine the specialist doctor's distribution in City and District Indonesia?"

Methodology: The design of this research is a survey on secondary data. Data were collected from Central of Statistic Bureau and Personnel Bureau of Ministry of Health R.I. Additionally data about socio-economic of city/district are taken from District and Municipality Profile 2004 published by Kompas. Analysis was done using Program Stata 7.0 version through 3 steps: univariate analysis, bivariate analysis and multivariate analysis.

Result: From quantitative analysis we find that: a) there are maldistribution of specialist doctors between city and district. Only 11,6% from total city/district has minimal ratio, 6 specialist doctors per 100.000 number of population, b) the average number of specialist doctors per 100.000 number of population in city is 8.4 meanwhile in district 0.8 per 100.000 number of population, c) Area with higher PDRB per capita has ratio 10.62 times than area with lower PDRB per capita, d) area with higher density population has specialist doctor's ratio 21.09 higher than area with lower density population, e) area with lower infant mortality rate (IMR) has specialist doctor's ratio 3.10 higher than area with high IMR area.

Conclusion: 1) Determinant factor of specialist doctor's distribution in city/district are high PDRB per capita; lower infant mortality rate; and high density population. 2) Specialist doctors tend to work in city area. 3) The comprehensive management intervention to distribute specialist doctor to all district general hospitals in Indonesia must be developed by the central government.

Keywords: specialist doctor, distribution, District General Hospital

ABSTRAK

Latar Belakang: Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya kelangkaan dokter spesialis di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk menggali determinan distribusi Dokter Spesialis di RSUD kabupaten/kota di Indonesia.

Metodologi: Rancangan penelitian ini adalah studi penampang. Sumber data penelitian ini adalah data sekunder. Data diambil dari Badan Pusat Statistik dan Biro Personalialia, Departemen Kesehatan R.I. Selain itu, data tentang sosio-ekonomi kota/kabupaten diambil dari Buku terbitan Kompas berjudul Profil Daerah, Kabupaten dan Kota tahun 2004. Unit analisis penelitian adalah kabupaten/kota. Analisis dilakukan dengan Program Stata versi 7.0. melalui 3 tahapan: analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat.

Hasil: Dari analisis data kuantitatif ditemukan: a) distribusi dokter spesialis tidak merata pada kabupaten dan kota. Hanya 11,6% kota yang mempunyai rasio DSP yang cukup (6 DSP/100.000 penduduk), b) rerata dokter spesialis per 100.000 penduduk pada daerah kota 8,4 sedangkan pada daerah kabupaten sebesar 0,8. Rerata dokter spesialis daerah kota lebih besar 10 kali lipat dari daerah kabupaten, c) daerah dengan PDRB per kapita lebih besar mempunyai rasio dokter spesialis 10,62 kali lebih tinggi daripada daerah dengan PDRB per kapita lebih kecil, d) daerah dengan kepadatan penduduk lebih besar mempunyai rasio dokter spesialis 21,09 kali lebih tinggi daripada daerah dengan kepadatan penduduk lebih besar, d) daerah dengan jumlah kematian bayi lebih kecil mempunyai rasio dokter spesialis 3,10 kali lebih tinggi daripada daerah dengan jumlah kematian bayi lebih besar.

Kesimpulan: 1. Determinan distribusi dokter spesialis di kota/kabupaten dan signifikan adalah: PDRB per kapita tinggi; jumlah kematian bayi rendah, dan kepadatan penduduk tinggi. 2. Dokter spesialis lebih memilih untuk berkeja dan tinggal daerah perkotaan. 3. Perlu dikembangkan intervensi manajemen yang komprehensif untuk mendistribusikan dokter spesialis ke RSUD diseluruh kabupaten Indonesia.

Kata Kunci: dokter spesialis, distribusi, Rumah Sakit Umum Daerah

PENGANTAR

Rasio jumlah tenaga dokter spesialis terhadap penduduk di Indonesia jauh lebih kecil jika dibandingkan dengan rasio di negara-negara maju maupun di negara-negara ASEAN lainnya. Oleh karena itu, banyak rumah sakit swasta maupun pemerintah di tingkat kotamadia dan kabupaten di Indonesia yang masih membutuhkan tenaga dokter spesialis. Rendahnya rasio tersebut disebabkan oleh rendahnya jumlah lulusan dokter spesialis (DSP) setiap tahunnya. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya kelangkaan dokter spesialis di Indonesia, antara lain: a) terbatasnya lembaga pendidikan yang mampu menyelenggarakan pendidikan dokter spesialis; b) terbatasnya jumlah mahasiswa yang dapat diterima oleh lembaga pendidikan yang ada; c) mahal dan lamanya waktu pendidikan dokter spesialis; dan e) singkatnya program masa bakti dokter spesialis untuk daerah tertentu, seperti Aceh

tiga bulan ekuivalen untuk satu tahun dan daerah *crash program* seperti Nusa Tenggara Timur (NTT) enam bulan ekuivalen untuk satu tahun. Hal ini berakibat terhadap laju pertumbuhan lulusan dokter spesialis yang tidak sesuai dengan kebutuhan tenaga dokter spesialis di masyarakat.

Terbatasnya jumlah dokter spesialis ini, diperberat dengan tidak ditaatinya program masa bakti selama dua tahun oleh dokter spesialis untuk bekerja di rumah sakit pemerintah di seluruh kotamadia dan kabupaten di Indonesia. Sejumlah masalah mengenai penempatan dokter spesialis dengan status Pegawai Negeri Sipil (PNS) telah diobservasi oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI)² antara lain:

- a. Banyak lulusan dokter spesialis yang mengingkari janji untuk bekerja di rumah sakit kabupaten sesuai dengan Permenkes No. 1207. A/Menkes/SK/VIII/2000, yang berisi ketentuan tentang Pendayagunaan Dokter dan Dokter Gigi Spesialis;
- b. Beberapa lulusan dokter spesialis, walaupun mau ditempatkan di rumah sakit kabupaten, tetapi meninggalkan tugas setelah bekerja tidak lebih dari tiga bulan;
- c. Lulusan dokter spesialis yang mendapat beasiswa dari pemerintah tetap tidak mau bekerja kembali di kabupaten tempat mereka bekerja sebelumnya. Lulusan dokter spesialis menolak untuk ditempatkan di kabupaten karena status PNS akan berubah menjadi pegawai daerah. Status ini berakibat terhadap mobilitas dokter spesialis setelah menyelesaikan masa bakti;
- d. Sejumlah dokter spesialis berstatus PNS, yang mendapatkan beasiswa, bersedia membayar pinalti untuk mengembalikan dana sebesar 10 sampai dengan 20 kali beasiswa sesuai dengan Permenkes No. 1210/Menkes/SK/X/1999;
- e. Rendahnya tingkat sosio ekonomi kabupaten merupakan faktor penting yang membuat enggannya atau ditolaknya program penempatan dokter spesialis, baik yang berstatus PNS dengan beasiswa maupun dokter spesialis dengan biaya mandiri.

Distribusi dokter spesialis begitu penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit di kabupaten/kota di seluruh Indonesia. Sayangnya, data dan informasi tentang distribusi dokter spesialis sangatlah terbatas. Sepengetahuan penulis, belum pernah ada publikasi penelitian yang mendalam tentang distribusi dokter spesialis di Indonesia. Artikel penelitian ini bertujuan untuk

menjawab: "Apakah faktor-faktor yang menentukan distribusi dokter spesialis di kota maupun kabupaten di Indonesia?"

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Rancangan penelitian ini adalah studi penampang. Sumber data penelitian ini adalah data sekunder. Data diambil dari Badan Pusat Statistik (BPS) dan Biro Personalialia, Depkes RI, baik berupa publikasi resmi ataupun data yang diambil dari sistem pencatatan melalui *print out* di komputer. Selain itu, data tentang sosio ekonomi kota/kabupaten diambil dari buku terbitan Kompas berjudul Profil Daerah, Kabupaten dan Kota Tahun 2004.¹ Pengumpulan data dilakukan dengan menentukan variabel yang diperlukan dalam penelitian ini. Setelah daftar variabel dibuat kemudian data sekunder dicari dari sumber data di Depkes RI, BPS, serta sumber lainnya. Unit analisis penelitian adalah kabupaten/kota. Data di entri dengan Program *Epi Info* versi 5.04 dan *Program Excell for Windows*. Analisis dilakukan dengan Program *Stata* versi 7.0. melalui tiga tahapan. Pertama, analisis univariat dengan mendeskripsikan : nilai rerata, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, serta membuat distribusi frekuensi. Kedua, analisis bivariat: mencari koefisien korelasi, *Odds Rasio* (OR) dan uji *t-test*. Uji *t-test* yang digunakan tergantung uji normalitas dan uji *varian*. Jika uji *varian* menunjukkan tidak ada perbedaan varian dan data terdistribusi normal, maka digunakan *t-test equal varian*. Jika tidak memenuhi kedua syarat tersebut digunakan *t-test unequal varian*. Pada data provinsi, variabel disebut bermakna bila $p < 0,1$; sementara pada data kabupaten/kota bila $p < 0,05$. *Cut off* pada data kontinum dianalisis dengan ROC untuk mencari *cut off* yang mempunyai sensitifitas dan spesifisitas maksimum. *P value* pada perhitungan OR menggunakan *P Wald*. Terakhir, analisis multivariat: melakukan *modelling* dengan regresi logistik. *Modelling* dilakukan dengan membuat dua kategori pada variabel independen. Setelah itu, dilakukan saringan untuk mencari variabel kandidat dengan menggunakan batas $p < 0,25$, dan diuji multikolinearitas, interaksi, serta *confounding*. Hasilnya adalah model regresi logistik.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Deskripsi Variabel Penelitian

Total populasi data kabupaten/kota yaitu 369 pada tahun 2002. Jumlah *record* kota/kabupaten yang dapat dianalisis yaitu 291. Jumlah kabupaten/kota yang tidak dianalisis adalah kabupaten/kota yang ada di Provinsi Sumatera Selatan, Bangka Belitung, DKI Jakarta, Kalimantan Timur, Gorontalo,

Maluku, dan Papua. Kabupaten yang dieksklusi ini karena tidak tersedianya data jumlah dokter spesialis. Selain itu, satu kota di Jawa Timur yaitu Batu data jumlah penduduk tidak tersedia sehingga tidak dapat menghitung rasio DSP. Tabel 1 menyampaikan jumlah populasi dan sampel penelitian pada setiap provinsi di Indonesia.

Dari hasil analisis data, distribusi dokter spesialis masih sangat tidak merata dan jumlahnya juga tidak memadai. Secara umum, informasi mengenai distribusi dokter spesialis terlihat pada Tabel 2.

Tampak, bahwa pada tahun 2002 rerata rasio dokter spesialis per kabupaten/kota adalah 2,1 per 100.000 penduduk, dengan jumlah dokter spesialis maksimal 29,3 per 100.000 tetapi ada juga kabupaten yang sama sekali tidak mempunyai dokter spesialis. Bila kita lihat dari jumlah dokter spesialis per kabupaten/kota jumlahnya juga sangat timpang yang reratanya 7,8 orang; dengan jumlah maksimal 205 dokter spesialis. Hasil penelitian sesuai dengan penelitian yang disampaikan Karnadihardja dan Lukman³ bahwa dokter spesialis bertumpuk di kota-kota besar di pulau Jawa, sedangkan di daerah luar Jawa masih sangat sedikit. Jumlah dokter spesialis baru ada 9.205 dokter spesialis di seluruh Indonesia dan sebagian besar rumah sakit swasta sangat kekurangan dokter spesialis yang bekerja purna waktu. Sebagian besar dokter spesialis bekerja di Jakarta sebanyak 2.441 orang yang merupakan 27% dari jumlah spesialis yang ada di Indonesia. Kecenderungan berkumpulnya profesional kesehatan di kota-kota besar merupakan masalah utama yang banyak dihadapi oleh negara-negara berkembang. Sebagai contoh: di Nicaragua 50% profesional bekerja di ibukota negara Managua yang jumlah penduduknya hanya 15% dari total populasi. Hal yang sama juga terjadi di Bangladesh 35% dokter, 30% perawat bekerja di empat kota besar dengan jumlah penduduk <15% dari total populasi.⁴

Masalah kesenjangan distribusi profesional kesehatan juga menjadi masalah utama negara berkembang lainnya seperti: India, Pakistan dan Nepal; walaupun mempunyai kebijakan perencanaan dan distribusi tenaga kesehatan sentralisasi di tingkat nasional.⁵

Pada analisis data penelitian ini digunakan *cut of point* rasio dokter spesialis adalah 6 per 100.000 penduduk; dengan rincian sebagai berikut: dokter spesialis anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, anestesi dan radiologi. Informasi yang juga menarik

Tabel 1. Jumlah Kota/Kabupaten dan Sampel Penelitian Tiap Provinsi di Indonesia Tahun 2002

Provinsi	Populasi Kota/kabupaten	Sampel Kota/kabupaten
Nangroe Aceh Darussalam	20	15
Sumatera Utara	20	19
Sumatera Barat	15	15
Riau	16	16
Jambi	10	10
Sumatera Selatan	10	0
Bengkulu	4	4
Lampung	10	10
Bangka Belitung	3	0
DKI Jakarta	5	0
Jawa Barat	24	24
Jawa Tengah	35	35
Daerah Istimewa Yogyakarta	5	5
Jawa Timur (Jatim)	38	37*
Banten	6	6
Bali	9	9
Nusa Tenggara Barat	8	7
Nusa Tenggara Timur	15	14
Kalimantan Barat	10	10
Kalimantan Tengah	14	6
Kalimantan Selatan	11	11
Kalimantan Timur	12	0
Sulawesi Utara	5	5
Sulawesi Tengah	9	7
Sulawesi Selatan	24	18
Sulawesi Tenggara	6	5
Gorontalo	3	0
Maluku	5	0
Maluku Utara	3	3
Papua	14	0
Total	369	292

* Kota Batu di Jatim, tidak ada jumlah penduduknya sehingga rasio DSP-nya *missing*.

Tabel 2. Rasio Dokter Spesialis Per 100.000 Penduduk, Analisis Tingkat Kabupaten/Kota Tahun 2002

Tahun	Jenis tenaga medis	Rerata	Minimal	Maksimal	N †
2002	Rasio Dokter spesialis *	2,1	0,0	29,3	291
2002	Jumlah Dokter spesialis **	7,8	0,0	205	292

Keterangan:

* dihitung per 100.000 penduduk;

** Sumber: Profil Kesehatan Provinsi;

† Kota Batu di Jatim, tidak ada jumlah penduduknya sehingga rasio DSP-nya *missing*.

adalah rendahnya kabupaten/kota yang mempunyai rasio dokter spesialis minimal 6 per 100.000. Dari data yang ada, diketahui bahwa hanya 11,6% dari jumlah kabupaten/kota yang mempunyai rasio minimal 6 dokter spesialis per 100.000 penduduk. Dari data ini juga diketahui betapa timpangnya distribusi dokter spesialis. Ada sejumlah kabupaten yang sama sekali tidak mempunyai dokter spesialis, tetapi ada kota yang dokter spesialisnya berlebihan.

Tabel 3. Jumlah Kabupaten/Kota dan Persentasenya Dengan Rasio Dokter Spesialis Sebanyak 6 Dokter Spesialis per 100.000 Penduduk

Klasifikasi	Tahun 2002	
	N	%
< 6 dokter spesialis	258	88,4
≥ 6 dokter spesialis	33	11,6
Total	292	100,0

* Sumber: Profil Daerah Kabupaten & Kota Jilid 1-4, Kompas, 2004^{1,6,7,8}

Selanjutnya, Gambar 1 memperlihatkan nama kota-kota dengan rasio dokter spesialis dengan jumlah penduduk yang sudah cukup (=6 dokter spesialis/100.000). Dari 33 sampel penelitian dengan dokter spesialis cukup diketahui berstatus kotamadia atau kota besar. Temuan ini memberikan

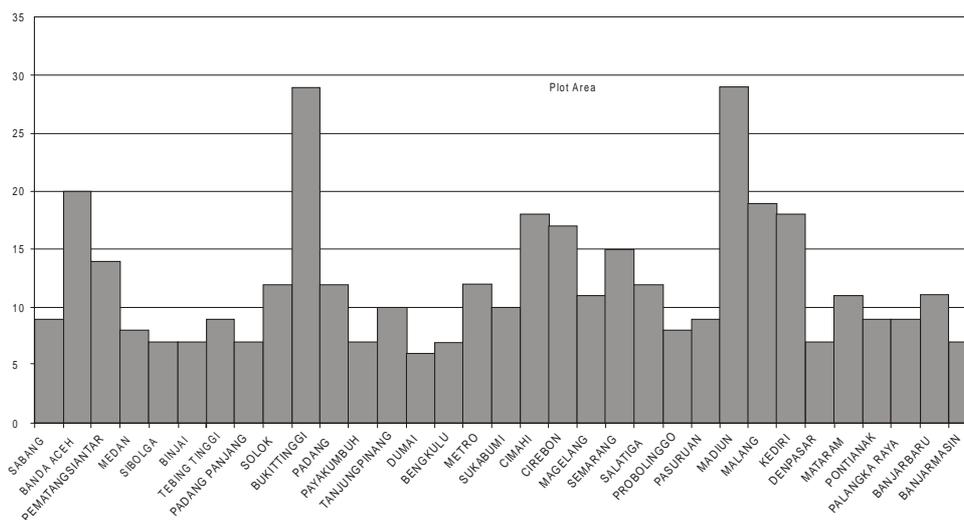
pemahaman kepada kita bahwa kecukupan dokter spesialis hanya terdapat pada daerah perkotaan di Indonesia. Temuan ini juga telah diketahui secara luas bahwa profesional kesehatan lebih cenderung tinggal dan bekerja di kota-kota besar. Kota besar lebih memberikan peluang kepada profesional kesehatan untuk berkembang, pendidikan, fasilitas untuk keluarga, dan lapangan kerja yang lebih atraktif.⁹

Hal ini tentunya berakibat buruk terhadap kinerja sistem kesehatan nasional; termasuk rendahnya kualitas dan produktivitas pelayanan kesehatan, penutupan sebagian fasilitas rawat inap, meningkatnya waktu tunggu, berkurangnya jumlah tempat tidur rumah sakit, dan *under*-utilisasi dari tenaga yang ada.⁹

Hubungan Variabel Bebas dengan Distribusi Dokter Spesialis

1. *t*-test

Pada analisis bivariat tampak pada $p < 0,05$, sejumlah variabel bebas yaitu: faktor *Human Developmen Index*, % melek huruf, % penduduk miskin, jumlah kematian balita, kepadatan penduduk, % angka beban, *life expectancy* dan jumlah kematian ibu bersalin berhubungan dengan



Gambar 1. Nama Kota Dengan Rasio Dokter Spesialis ≥ 6 per 100.000 Penduduk

Tabel 5. Uji T-Test Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Distribusi DSP, Analisis Tingkat Kabupaten/Kota, Tahun 2002 (Variabel Kontinyu)

Variabel independen	DSP cukup (≥ 6 per 100.000)	DSP kurang (<6 per 100.000)	P
	N=33	N=258	
<i>Human Development Index</i>	71,3	65,3	0,000 *
% melek huruf	96,3	89,1	0,017 *
% penduduk miskin	9,7	18,8	0,000 *
Jumlah kematian balita	4,5	10,5	0,011 *
Kepadatan penduduk	3832,6	881,2	0,000 *
% angka beban	52,3	63,5	0,017 *
<i>Life expectancy</i>	68,5	66,3	0,000 *
Jumlah kematian ibu bersalin	4,3	11,0	0,000 *
PDRB per kapita	14.400.000,0	6.360.367,0	0,107 **
Jumlah kematian bayi	18,4	34,4	0,147
Pendapatan Asli Daerah (PAD)	20.000.000,0	17.600.000,0	0,620

Ket: * p<0,05 ; ** p<0,1

distribusi dokter spesialis (Tabel 5). Pada $p < 0,1$, faktor yang berhubungan dengan distribusi jumlah dokter spesialis bertambah banyak dengan PDRB per kapita. Dari analisis ini, ditemukan bahwa kota/kabupaten dengan distribusi dokter spesialis cukup mempunyai nilai rerata variabel bebas yang lebih baik dari pada kabupaten/kota dengan distribusi dokter spesialis yang kurang. COGME *Teenth Report*¹⁰ menyebutkan ciri-ciri daerah yang mempunyai kekurangan tenaga kesehatan. Ras kulit *non white* umumnya tinggal di daerah yang kekurangan tenaga kesehatan. Ciri lainnya adalah daerah miskin. Daerah yang kekurangan tenaga juga mempunyai status kesehatan yang jelek, bahkan amat jelek. Daerah ini mempunyai prevalen bayi berat badan lahir rendah yang tinggi dan angka kesakitan penyakit kronis yang tinggi.

2. Faktor Karakteristik Wilayah

Kalau dianalisis distribusi dokter spesialis berdasarkan variabel independen kota dan kabupaten, maka didapatkan distribusi dokter spesialis masih menumpuk di perkotaan (Tabel 6). Tampak, rerata dokter spesialis per 100.000 penduduk pada daerah perkotaan 8,4, sedangkan pada daerah kabupaten sebesar 0,8. Artinya, jumlah rerata dokter spesialis per 100.000 penduduk di daerah kotamadia lebih besar 10 kali lipat dari jumlah rerata dokter spesialis di daerah kabupaten. Kondisi

Tabel 6. Distribusi Rerata Dokter Spesialis per 100.000 Penduduk di Kabupaten dan Kota

Jenis wilayah	Rerata rasio DSP	P
Kabupaten	0,8	0,000
Kota	8,4	

malistribusi dokter spesialis di Indonesia, tampaknya sesuai dengan yang dialami oleh negara lain baik negara sedang berkembang maupun negara maju.^{4,5,9}

3. Model Regresi Logistik Distribusi Dokter Spesialis

Sebelum dilakukan analisis model regresi logistik, dilakukan uji koleniaritas memeriksa kemungkinan adanya multikolinieritas antara variabel bebas. Dari hasil uji (lihat lampiran 2), terlihat ada multikolinieritas antara variabel HDI dengan *life expectancy* ($r=0,7$). Kemudian dilakukan analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa variabel HDI lebih bermakna dibanding *life expectancy*.

Tabel 6 memperlihatkan hasil analisis bivariat *Odds Ratio* (OR) antara sejumlah variabel bebas dengan distribusi dokter spesialis. Tampaknya, karakteristik daerah yang lebih maju (perkotaan) mempunyai dokter spesialis yang jauh lebih besar dari daerah yang kurang maju dalam hal ini kabupaten.

Tabel 7. Odds Ratio Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Distribusi DSP, Analisis Tingkat Kabupaten/Kota, Tahun 2002

Variabel	P	OR	
1) Human Development Index			
Tinggi ($\geq 68,65$)	0,000 *	32,06	284
Rendah ($< 68,65$)		Rujukan	
2) Persentase angka beban			
Rendah ($< 63\%$)	0,067 **	3,19	194
Tinggi ($\geq 63\%$)		Rujukan	
3) Persentase melek huruf			
Tinggi ($\geq 95,9\%$)	0,000 *	5,22	284
Rendah ($< 95,9\%$)		Rujukan	
4) Persentase penduduk miskin			
Sedikit ($< 24.12\%$)	0,014 *	12,45	290
Banyak ($\geq 24.12\%$)		Rujukan	
5) Pendapatan Asli Daerah (PAD)			
Rendah ($< 9.674.672$ ribu rupiah)	0,276	1,50	290
Tinggi ($\geq 9.674.672$ ribu rupiah)		Rujukan	
6) PDRB per kapita			
Tinggi ($\geq 3.228.044$ rupiah)	0,011 *	13,96	291
Rendah ($< 3.228.044$ rupiah)		Rujukan	
7) Kepadatan penduduk			
Tinggi ($\geq 993,9$ jiwa/km ²)	0,000 *	21,30	291
Rendah ($< 993,9$ jiwa/km ²)		Rujukan	
8) Jumlah kematian bayi			
Rendah (< 9 orang)	0,004 *	3,51	253
Tinggi (≥ 9 orang)		Rujukan	
9) Jumlah kematian balita			
Rendah (< 11 orang)	0,265	1,78	240
Tinggi (≥ 11 orang)		Rujukan	
10) Life expectancy			
Tinggi ($\geq 68,9$ tahun)	0,004 *	3,08	284
Rendah ($< 68,9$ tahun)		Rujukan	
11) Jumlah kematian ibu bersalin			
Rendah (< 7 orang)	0,000 *	5,56	286
Tinggi (≥ 7 orang)		Rujukan	

Keterangan: * p < 0,05

Selanjutnya, dilakukan analisis logistik regresi, dengan menggunakan metode *forward selection* didapatkan model akhir seperti terlihat pada Tabel 7. Hasil analisis ini memberikan informasi bahwa determinan distribusi dokter spesialis yang cukup di kota/kabupaten dan signifikan adalah: 1) PDRB per kapita tinggi; 2) jumlah kematian bayi rendah, dan 3) kepadatan penduduk tinggi.

Faktor yang berpengaruh sangat besar terhadap distribusi dokter spesialis adalah kepadatan penduduk karena OR-nya lebih besar, sedangkan faktor yang paling kecil pengaruhnya terhadap distribusi dokter spesialis adalah angka kematian bayi. Dari Tabel 7 juga dapat diartikan bahwa daerah dengan PDRB per kapita lebih besar mempunyai rasio dokter spesialis 10,62 kali lebih tinggi daripada daerah dengan PDRB per kapita lebih kecil. Daerah

dengan kepadatan penduduk lebih besar mempunyai rasio dokter spesialis 21,09 kali lebih tinggi daripada daerah dengan kepadatan penduduk lebih besar. Terakhir, daerah dengan jumlah kematian bayi lebih kecil mempunyai rasio dokter spesialis 3,10 kali lebih tinggi daripada daerah dengan jumlah kematian bayi lebih besar.

Dari hasil analisis ini dapat diketahui secara jelas bahwa determinan distribusi dokter spesialis adalah karakteristik daerah perkotaan. Dengan ciri-ciri sosial maupun ekonomi sebagai berikut: PDRB per kapita tinggi, kepadatan penduduk tinggi dan jumlah kematian bayi yang rendah. Dokter spesialis cenderung memilih bekerja di daerah perkotaan dengan prospek pendapatan yang lebih baik dan fasilitas sosial yang lebih baik. Hal ini sejalan dengan pendapat Egger, dkk¹¹: faktor penentu distribusi

profesional kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor dan kompleks antara lain: gaji atau imbalan, insentif dan tunjangan serta kualitas manajemen tenaga kesehatan oleh lembaga yang mempunyai otoritas. Dengan demikian, disimpulkan bahwa selama ini dokter spesialis cenderung hanya bekerja pada daerah yang sudah mapan seperti perkotaan.

Untuk dapat mendistribusikan dokter spesialis pada daerah yang kurang mapan biasanya kabupaten kepulauan, pulau atau daratan perlu kebijakan insentif khusus. Pemerintah *cq* Depkes RI perlu mengembangkan kebijakan dasar yang berkaitan dengan penempatan dokter spesialis. Pertama, Depkes RI, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten perlu bekerja sama untuk memberikan beasiswa pendidikan dokter spesialis dengan prioritas putera asli daerah. Dengan kebijakan ini dapat diharapkan minat dan kesediaan dokter spesialis untuk ditempatkan didaerah.

Kedua, untuk menjamin penempatan dokter spesialis di seluruh kabupaten dan kota di Indonesia maka setiap dokter spesialis yang telah menyelesaikan pendidikannya masih diperlukan adanya Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) sebagai kompensasi dari beasiswa pendidikan dokter spesialis.¹⁰ Dengan demikian, dapat dijamin pemerataan dokter spesialis diseluruh Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD); minimal empat spesialis dasar yaitu : dokter spesialis bedah, anak, kebidanan dan penyakit dalam. Ketiga, kebijakan dan wewenang penempatan dokter spesialis pada masa WKDS bersifat terpusat dikendalikan oleh Departemen Kesehatan. Kebijakan ini lebih dapat menjamin terdistribusinya dokter spesialis lebih merata ke seluruh RSUD di Indonesia. Di samping itu, adanya kejelasan wewenang dan hirarkhi antara lembaga yaitu: Depkes RI, Dinkes Provinsi dan Dinkes kabupaten/kota dalam mengelola dokter spesialis.

Terakhir, untuk dapat menjalankan wewenang distribusi dokter spesialis perlu basis legal yang kuat. Untuk itu, dibutuhkan suatu peraturan setingkat Peraturan Pemerintah atau Peraturan Presiden tentang penempatan dokter spesialis. Peraturan ini hendaknya secara jelas dan tegas memuat ketentuan-ketentuan atau komponen yang berkaitan dengan distribusi dokter spesialis setelah menyelesaikan pendidikannya. Peraturan ini sebaiknya memberikan insentif kepada dokter spesialis untuk bersedia ditempatkan pada RSUD kabupaten. Komponen kebijakan yang harus diperhatikan pada peraturan ini antara lain:

- a. Hirarkhi otonomi manajemen dokter spesialis Depkes RI (Pusat), Dinkes Provinsi dan Dinkes kabupaten/kotamadia
- b. Kategori atau klasifikasi daerah kaya, sedang dan miskin dengan menggunakan indikator PDRB per kapita.
- c. Besaran insentif finansial yang atraktif dan fasilitas kerja yang cukup
- d. Lama wajib kerja dokter spesialis
- e. Status kepegawaian PNS atau swasta
- f. Izin praktik pada kota penempatan
- g. Sanksi jelas, tegas dan dilaksanakan terhadap dokter spesialis yang tidak memenuhi janjinya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Sebaran dokter spesialis tidak merata pada kabupaten dan kota. Hanya 11,6% kota yang mempunyai rasio DSP yang cukup (6 DSP/100.000 penduduk). Sisanya masih banyak kabupaten yang kekurangan, bahkan tidak mempunyai dokter spesialis.

Rerata dokter spesialis per 100.000 penduduk pada daerah kota 8,4 sedangkan pada daerah kabupaten sebesar 0,8. Rerata dokter spesialis daerah kota lebih besar 10 kali lipat dari daerah kabupaten. Dokter spesialis cenderung hanya ingin bekerja di kota-kota besar.

Tabel 8. Model Akhir Hasil Analisis Multivariat, Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Distribusi Dokter Spesialis, Analisis Tingkat Kabupaten Tahun 2002

Variabel	Kategori	OR	95% CI OR	B	SE (B)	z	P> z
PDRB per kapita	Tinggi (\geq 3.228.044 rupiah)	10,62	1,28 88,21	2,363	1,079	2,19	0,029
	Rendah (<3.228.044 rupiah)						
Jumlah kematian bayi	Rendah (<9 orang)	3,10	1,16 8,34	1,333	0,504	2,25	0,025
	Tinggi (\geq 9 orang)						
Kepadatan penduduk	Tinggi (\geq 993,9 jiwa/km ²)	21,09	7,75 57,44	3,049	0,511	5,97	0,000
	Rendah (<993,9 jiwa/km ²)						
Konstanta model				-6,205	1,206	-5,14	0,000

* ROC model 89,30 dan n = 253

Determinan distribusi dokter spesialis di kota/kabupaten dan signifikan adalah: a. PDRB per kapita tinggi; b. Jumlah kematian bayi rendah dan c. Kepadatan penduduk tinggi. Dokter spesialis lebih memilih untuk berkeja dan tinggal daerah perkotaan.

Perlu dikembangkan intervensi manajemen yang komprehensif untuk mendistribusikan dokter spesialis ke RSUD di seluruh kabupaten Indonesia. Pertama, Depkes RI, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten perlu bekerja sama untuk memberikan beasiswa pendidikan dokter spesialis dengan prioritas putra asli daerah. Kedua, pemerintah perlu membuat Peraturan Pemerintah atau Peraturan Presiden sebagai basis legal Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS). Ketiga, perlu pemberian insentif finansial, tunjangan kesehatan dan sosial, fasilitas kerja, rumah dan mobil yang layak untuk dokter spesialis selama masa WKDS di RSUD kabupaten.

KEPUSTAKAAN

1. Profil Daerah Kabupaten dan Kota. Jilid 1. Penerbit Buku Kompas. Jakarta. 2004.
2. Departemen Kesehatan RI. Realisasi Penempatan Dokter Spesialis per Provinsi Januari-Desember 2004.
3. Karnadihardja, W. Lukman, K. Antisipasi Terhadap Krisis Ketenagaan Dokter spesialis di Indonesia Menjelang Tahun 2003.
4. Nigenda, G., Machado, H. From State to Market: the Nicaraguan Labour Market for Health Personnel. *Health Policy and Planning*. 2000;15(3):312-318.
5. Martinez, J., Martinau, T. "Rethinking Human Resources: an Agenda for Milenium." *Health Policy and Planning*. 1998; 13(4): 345-58.
6. Profil Daerah Kabupaten dan Kota. Jilid 2. Penerbit Buku Kompas. Jakarta
7. Profil Daerah Kabupaten dan Kota. Jilid 3. Penerbit Buku Kompas. Jakarta.
8. Profil Daerah Kabupaten dan Kota. Jilid 4. Penerbit Buku Kompas. Jakarta.
9. Zurn, P., Dal Poz, M., Stilwell, B., Adams, O. "Imbalances in the Health Workforce: Briefing Paper." 2002 (<http://www.who.int/hrh/documents/en/imbalance-briefing.pdf>) Geneva. WHO)
10. COGME Teenth Report. Physician Distribution and Health Chalengges in Rural and Inner City Areas. Departemen of Health and Human Services.USA. 1998.
11. Egger, D., Lipson, D., Adams, O : "Achieving the Right Balance: The Role of Policymaking in Managing Health Resources for Health Problem". 2000 ([http://www.who.int/health-services-delivery/disc paper/right imbalance-briefing.pdf](http://www.who.int/health-services-delivery/disc%20paper/right%20imbalance-briefing.pdf)) Geneva. WHO) (Issues in Health services Delivery Discussion Paper No:2).

Lampiran 1. Definisi Operasional Variabel Analisis Kabupaten/Kota

Nama variabel	Variabel	Definisi	Sumber data
Kode provinsi	Kodeprop	Kode provinsi	BPS
Nama provinsi	Namaprop	Nama provinsi	BPS
Nama kabupaten/kota	Namakab	Nama kabupaten/kota	BPS
Jenis wilayah	Kab_kota	Jenis kabupaten/kota	BPS
Dependen variabel			
Jumlah Dokter spesialis tahun 2002	Dsp2	Jumlah dokter spesialis pada tahun 2002 pada tabel rasio tenaga medis terhadap penduduk menurut kabupaten/kota	Profil kesehatan tiap provinsi
Rasio Dokter spesialis tahun 2002	Rasdsp2	Dihitung dengan rumus: (Jumlah dokter spesialis tahun 2002 x 100.000/ jumlah penduduk pada tahun 2002) Klasifikasi rasio dokter spesialis pada tahun 2002 berdasarkan <i>cut off</i> 6 dokter spesialis per 100.000 penduduk di kabupaten/kota.	
Klasifikasi rasio dokter spesialis tahun 2002	Sp6	Kategori: < 6 kurang ≥ 6 cukup	
Independen variabel			
Pendapatan asli daerah tahun 2002	Pad	Pendapatan asli daerah. Data sebelum tahun 2002, dihitung biaya estimasi untuk tahun 2002, baik dengan cara <i>present value</i> atau <i>future value</i> .	Profil Daerah 2001-2003, kutipan data Pemda
PDRB per kapita tahun 2002	Pdrbkapi	PDRB per kapita pada tabel PDRB per kapita atas dasar harga berlaku menurut provinsi (rupiah), tahun 2000-2003	PDRB Kabupaten dan Kota di Indonesia, BPS, 2000-2003
Persentase penduduk miskin tahun 2003	Miskin3	Persentase penduduk miskin pada tabel jumlah dan persentase penduduk miskin, P1, P2, dan garis kemiskinan menurut Provinsi, Kabupaten dan Kota Tahun 2002	Data Informasi Kemiskinan 2003
<i>Life expectancy</i> , tahun 2002	Le2	Harapan hidup pada tabel IPM dan komponennya menurut provinsi, kabupaten dan kota tahun 2002	Data Informasi Kemiskinan 2003
Persentase <i>melek</i> huruf tahun 2002	<i>Melek2</i>	Persentase angka <i>melek</i> huruf pada tabel IPM dan komponennya menurut provinsi, kabupaten dan kota tahun 2002	Data Informasi Kemiskinan 2003
<i>Human Development Index</i> tahun 2002	Ipm2	Indeks Pembangunan Manusia (IPM) pada tabel IPM dan komponennya menurut provinsi, kabupaten dan kota tahun 2002	Data Informasi Kemiskinan 2003
Persentase angka beban tahun 2002	Deprat	Persentase angka beban pada tabel jumlah penduduk menurut jenis kelamin, kelompok umur, rasio beban tanggungan, menurut kabupaten/kota	Profil kesehatan tiap provinsi
Jumlah kematian bayi tahun 2002	Imrj2	Jumlah bayi (umur 0-1 tahun) yang mati pada tabel kelahiran bayi, kematian bayi, dan kematian balita menurut kabupaten/kota	Profil kesehatan tiap provinsi
Jumlah kematian balita tahun 2002	Akabaj2	Jumlah balita yang mati pada tabel kelahiran bayi, kematian bayi, dan kematian balita menurut kabupaten/kota	Profil kesehatan tiap provinsi
Jumlah kematian ibu hamil tahun 2002	Mmrj2	Jumlah kematian maternal pada tabel jumlah kematian ibu maternal menurut kabupaten/kota	Profil kesehatan tiap provinsi
Kepadatan penduduk tahun 2002	Densit2	Dihitung dengan rumus: jumlah penduduk tahun 2002/luas wilayah tahun 2002	

Lampiran 2. Multikolinearitas Antara Variabel Sosial Ekonomi Dan Kesehatan, Analisis Tingkat Kabupaten/Kota Tahun 2002

	Human Dev. Index	Persentase angka beban	Persentase melek huruf	Persentase penduduk miskin	Pendapatan Asli Daerah	PDRB per kapita	Kepadatan penduduk	Jumlah kematian bayi	Jumlah kematian balita	Life expectancy	Jumlah kematian ibu bersalin
Human Development Index	1,0										
Persentase angka beban	-0,2	1,0									
Persentase melek huruf	0,6	-0,1	1,0								
Persentase penduduk miskin	-0,5	0,2	-0,2	1,0							
Pendapatan Asli Daerah	0,3	-0,1	0,0	-0,2	1,0						
PDRB per kapita	0,2	-0,1	0,2	-0,2	0,1	1,0					
Kepadatan penduduk	0,5	-0,1	0,2	-0,3	0,1	0,0	1,0				
Jumlah kematian bayi	-0,1	0,0	-0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	1,0			
Jumlah kematian balita	-0,2	0,0	-0,1	0,2	0,0	-0,0	-0,1	0,2	1,0		
Life expectancy	<u>0,7</u>	-0,1	0,0	-0,3	0,3	0,0	0,3	-0,1	-0,1	1,0	
Jumlah kematian ibu bersalin	-0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	-0,2	0,2	0,1	-0,1	1,0

* $r \geq 0,6$ berarti ada korelasi