



HUBUNGAN KATEGORI WILAYAH PUSKESMAS TERHADAP KETERSEDIAAN DOKTER GIGI DI PUSKESMAS: ANALISIS DATA RIFASKES 2019

Muhammad Irfan¹, Adik Wibowo²

¹ Mahasiswa Pascasarjana Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

² Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Corresponding Author: Muhammad Irfan, Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

E-Mail: muhammad.irfan99@ui.ac.id

Received Juni 24, 2021; Accepted Juli 02, 2021; Online Published Juli 14, 2021

Abstrak

Ketidakmerataan tenaga kesehatan merupakan isu klasik yang masih menjadi permasalahan hingga saat ini. Dokter gigi merupakan salah satu tenaga kesehatan yang wajib dimiliki setiap Puskesmas namun sampai saat ini masih ada Puskesmas yang tidak memiliki dokter gigi terutama Puskesmas yang berada di wilayah terpencil. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif dengan desain potong lintang menggunakan data sekunder RIFASKES 2019. Unit analisis yang digunakan adalah Puskesmas secara *total coverage*. Kategori wilayah Puskesmas memiliki hubungan yang signifikan terhadap ketersediaan dokter gigi ($p = 0,0005$). Puskesmas yang ada di wilayah pedesaan dan perkotaan sama-sama memiliki peluang yang lebih besar dalam penyediaan dokter gigi di Puskesmas dibandingkan dengan Puskesmas di wilayah terpencil (OR = 3,8 dan 15,7 CI 95%). Diperlukan perhatian khusus dari berbagai *stakeholder* terkait dalam penyediaan dokter gigi di Puskesmas dalam hal beban kerja, penyediaan insentif, pelatihan, jenjang karir, infrastruktur pendukung yang memadai dan kebijakan lain yang strategis baik dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

Keywords: Kategori wilayah Puskesmas; Ketersediaan; Dokter Gigi; RIFASKES 2019

PENDAHULUAN

Kekurangan dan pemerataan tenaga kesehatan masih menjadi masalah seluruh negara di dunia baik negara maju maupun negara berkembang, tingkat masalah ini akan lebih dirasakan di negara miskin dan negara berkembang dibandingkan dengan negara maju¹. *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2006 telah mempublikasikan kebutuhan tenaga kesehatan di seluruh dunia yang tertuang dalam *World Health Report*, dari laporan tersebut dibutuhkan sebanyak 2,4 juta tenaga dokter, perawat, dan bidan sementara kebutuhan untuk tenaga farmasis berada di angka 2 juta jiwa². Sementara itu pada tahun 2035 diperkirakan

kebutuhan terhadap jumlah tenaga kesehatan mencapai 12,9 juta jiwa³. Rasio ideal dokter gigi per 10.000 penduduk adalah 5 : 10.000 namun pada tahun 2018 masih banyak negara di dunia yang belum bisa mencapai rasio ideal tersebut. Di Asia Tenggara, rasio dokter gigi Indonesia masih berada jauh di bawah Singapura, Malaysia, Thailand dan Laos⁴.

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019, jumlah dokter gigi di Puskesmas sebanyak 8.329 dokter gigi dan masih ditemukan kesenjangan jumlah dokter gigi antar provinsi⁵. Provinsi yang paling banyak memiliki dokter gigi di Puskesmas berada di wilayah barat Indonesia yaitu provinsi Jawa Timur sedangkan provinsi yang paling sedikit memiliki dokter gigi di

Puskesmas berada di wilayah timur Indonesia yaitu provinsi Papua Barat yang hanya memiliki 32 dokter gigi⁵. Rendahnya jumlah dokter gigi dapat diakibatkan karena rendahnya jumlah Fakultas Kedokteran Gigi (FKG) yang ada di Indonesia⁶. Berdasarkan data dari Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) pada tahun 2018 hanya terdapat 32 FKG yang hanya tersebar di 14 dari total 34 provinsi yang ada di Indonesia dan sebagian besar (60%) lokasinya berada di Pulau Jawa⁷. Selain ketersediaan FKG, hal yang turut mempengaruhi ketersediaan tenaga kesehatan di suatu lokasi diantara lain yaitu tingkat pembangunan di suatu daerah⁸, kepuasan dalam bekerja / *job satisfaction* yang meliputi tingkat remunerasi, beban kerja, intensitas pelatihan, lingkungan kerja dan rasa aman dalam berkerja^{9,10}, jenjang karir, ketersediaan sarana prasarana dan lokasi tempat bekerja (pedesaan / perkotaan)^{11,12}

Dokter gigi merupakan salah satu tenaga medis yang wajib dimiliki oleh Puskesmas minimal satu orang dokter gigi untuk setiap Puskesmas¹³. Dokter gigi memiliki dua fungsi pelayanan di Puskesmas yaitu melakukan Usaha Kesehatan Perorangan (UKP) dengan melakukan praktik klinis dan melakukan Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM) dalam berbagai bentuk seperti melaksanakan kegiatan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)¹³. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, penduduk Indonesia yang memiliki masalah kesehatan gigi dan mulut mencapai

56,7% namun hanya 10,2% saja yang mendapatkan pelayanan dari dokter gigi¹⁴

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain studi potong lintang / *cross sectional* menggunakan data sekunder yaitu RIFASKES Puskesmas 2019 yang didapatkan dari Badan Litbangkes Kemenkes RI. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah ketersediaan dokter gigi di Puskesmas dan variabel independen dalam penelitian ini adalah kategori wilayah Puskesmas berdasarkan Surat Keputusan Pemerintah Daerah setempat kepada Puskesmas. Penelitian ini berskala nasional dengan unit analisisnya adalah Puskesmas (*total coverage*). Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis bivariat dengan menggunakan uji *Chi Square*.

HASIL PENELITIAN

Dari total 9.831 data Puskesmas, dilakukan proses *cleaning* data terlebih dahulu, bagi Puskesmas yang memiliki data tidak lengkap / *data missing* tidak akan diikutsertakan dalam penelitian ini. Pada penelitian ini didapatkan 8.537 data Puskesmas yang lengkap dan selanjutnya dilakukan analisis menggunakan uji *Chi Square*. Distribusi ketersediaan dokter gigi berdasarkan kategori wilayah Puskesmas dapat dilihat pada Tabel 1 dibawah ini.

Tabel 1. Distribusi ketersediaan dokter gigi berdasarkan kategori wilayah Puskesmas

Kategori wilayah	Ketersediaan Dokter Gigi				Jumlah		OR (95% CI)	P value
	Tidak tersedia		Tersedia		n	%		
	n	%	n	%				
Terpencil	1297	66,6	649	33,4	1946	100	1 (ref)	0,0005*
Pedesaan	1421	34,2	2729	65,8	4150	100	3,838 (3,425 – 4,301)	
Perkotaan	275	11,3	2166	88,7	2441	100	15,741 (13,455 – 18,415)	

* terdapat hubungan yang signifikan ($\alpha \leq 0,05$)

Berdasarkan tabel 1 ada sebanyak 66,6% Puskesmas di wilayah terpencil yang tidak tersedia dokter gigi, ada sebanyak 65,8% Puskesmas di wilayah pedesaan yang sudah tersedia dokter gigi dan ada sebanyak 88,7% Puskesmas di wilayah perkotaan yang sudah tersedia dokter gigi. Hasil uji statistik diperoleh nilai P sebesar 0,0005 artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kategori wilayah Puskesmas dengan ketersediaan dokter gigi di Puskesmas. Pada analisis bivariat, kategori wilayah “terpencil” dijadikan acuan untuk menentukan nilai OR. Hasil dari analisis diperoleh nilai OR 3,838 dan 15,741 artinya Puskesmas di wilayah pedesaan memiliki peluang 3,83 kali lebih besar dalam penyediaan dokter gigi di Puskesmas dibandingkan Puskesmas yang berada di wilayah terpencil dan Puskesmas di wilayah perkotaan memiliki peluang 15,74 kali lebih besar dalam penyediaan dokter gigi di Puskesmas dibandingkan dengan Puskesmas yang berada di wilayah terpencil.

PEMBAHASAN

Hasil dari penelitian ini menunjukkan kategori wilayah Puskesmas menentukan peluang tersedianya tenaga dokter gigi, wilayah perkotaan merupakan wilayah yang paling memiliki pengaruh dalam penyediaan dokter gigi Puskesmas. Temuan tersebut sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa daerah perkotaan masih menjadi pilihan untuk berkarir setelah lulus dibandingkan dengan wilayah pedesaan atau wilayah terpencil terutama bagi peserta didik yang bersekolah dan dibesarkan di daerah perkotaan selama masa hidupnya, namun bagi peserta didik yang telah terpapar dengan kehidupan pedesaan cenderung memiliki kecenderungan positif untuk berkarir di daerah pedesaan^{15,16}

Tenaga kesehatan yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) berbasis komunitas memiliki peluang mengalami *burnout* / sindrom

kelelahan yang lebih besar dibanding tenaga kesehatan yang tidak berpraktik di fasyankes berbasis komunitas terutama pada pekerja yang memiliki umur lebih muda, berjenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan yang rendah, pekerja tetap dan bagi mereka yang memiliki durasi kerja yang panjang¹⁷. Penyebab tingginya tingkat *burnout* bagi tenaga kesehatan di fasyankes berbasis komunitas dapat disebabkan karena beban kerja lebih berat dibandingkan di fasyankes non-komunitas terutama dalam pengerjaan tugas yang berhubungan dengan administrasi yang merupakan salah satu tugas dengan tingkat apresiasi paling rendah^{18,19}. Pada pekerja yang memiliki usia lebih muda menunjukkan tingkat *burnout* yang lebih tinggi dikarenakan mereka belum banyak memiliki pengalaman kerja, belum banyak memiliki dukungan dari lingkungan sekitar dan rendahnya otonomi dalam bekerja^{20,21}.

Faktor ekonomi / kesejahteraan tenaga kesehatan di daerah masih menjadi faktor yang turut berperan dalam pengadaan tenaga kesehatan di daerah^{22,23}. Tenaga kesehatan yang bekerja di daerah merasa kecewa atas imbalan finansial yang diterima dan iri terhadap pendapatan rekan mereka yang bekerja di daerah perkotaan, tenaga kerja di pedesaan mengalami kesulitan dalam mencari pendapatan lain misalnya dari pendapatan membuka praktik pribadi ataupun pendapatan yang didapat dari hasil menghadiri pelatihan / lokakarya²³. Bagi petugas kesehatan dengan status pegawai negeri yang mengabdikan diri di pedesaan, tunjangan yang dibutuhkan tidak terbatas pada penyediaan rumah dinas saja namun harus mencakup kompensasi finansial atas kondisi pekerjaan dan kehidupan yang sulit di pedesaan dan tunjangan wilayah / geografi²⁴. Meskipun faktor finansial memiliki peran dalam penyediaan tenaga kesehatan hal tersebut ternyata bukanlah faktor utama yang mempengaruhi retensi tenaga kesehatan^{23,25}. Tantangan lain yang dirasa lebih memiliki pengaruh besar dalam

menjalani praktik di pedesaan adalah faktor lingkungan yang menantang seperti terbatasnya infrastruktur, rendahnya supervisi dan intensitas pelatihan dengan organisasi profesi ²³.

Hal lain yang dapat mempengaruhi pilihan lokasi bekerja bagi tenaga kesehatan adalah dari sisi lingkungan tempat tinggal seperti fasilitas (listrik dan ketersediaan sekolah), faktor keamanan daerah (perang / konflik antar wilayah), dan faktor yang berasal dari dalam individu seperti status pernikahan dan jenis kelamin ²⁴. Terjadinya peperangan / konflik di daerah tempat bekerja dan tingginya angka kriminalitas akan menyebabkan timbulnya rasa tidak aman dalam bekerja, sulitnya akses listrik, air minum dan rendahnya kualitas sekolah bagi anak-anak akan menyebabkan beban hidup tenaga kesehatan di daerah semakin berat, sedangkan faktor status pernikahan dan jenis kelamin lebih dirasakan pengaruhnya bagi pekerja wanita karena kecenderungan wanita bekerja mengikuti suaminya dan pekerja wanita lebih sulit mengambil keputusan secara independen ²⁴. Dalam konteks Indonesia, penyediaan fasilitas dasar seperti rumah dinas, air layak minum dan listrik merupakan hal yang wajib dipenuhi Puskesmas jika ingin ditempatkan tenaga kesehatan Tugas Khusus (Tugsus) Nusantara Sehat ¹². Penyediaan alat di Puskesmas terpencil masih terkendala dengan sulitnya perawatan alat seperti *dental unit* karena tidak ada teknisi dan ketidaksesuaian bantuan pasokan alat dengan yang sebenarnya dibutuhkan ¹².

Salah satu rekomendasi WHO dalam penyelesaian masalah pemerataan tenaga kesehatan adalah dengan menghadirkan / memperkenalkan kepada mahasiswa kesehatan mengenai kurikulum / program berbasis pedesaan ². Dalam penerapan kurikulum pendidikan berbasis pedesaan, *Democratic Republic of Congo* (DRC) pada tahun 2018 – 2020 telah melakukan intervensi kepada sekolah perawat dengan menempatkan 583 mahasiswa ke 16 titik pedesaan, hasil dari intervensi tersebut mayoritas dari mahasiswa yang

telah menjalani program mengaku tertarik untuk berkarir di pedesaan setelah lulus, 97% peserta mengakui program tersebut memberikan pengalaman belajar yang baik ²⁶. Dalam prosesnya membutuhkan banyak kerjasama dengan berbagai pihak seperti Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, organisasi profesi, institusi pendidikan kesehatan, peserta didik dan orangtua peserta didik dalam menyiapkan kurikulum, menyiapkan tempat praktik di desa, penilaian / *assessment* target lokasi, akses, keamanan, dan akomodasi selama penempatan ²⁶. Tantangan yang paling dirasakan peserta didik dalam penerapan program ini adalah mengenai dukungan keuangan, akomodasi selama program dan kondisi lingkungan di desa. Meskipun banyak tantangan yang diterima, 93% peserta didik merekomendasikan program ini untuk kembali dilakukan, 97% mengakui program ini memberikan pengalaman belajar yang baik dan 95% mengakui mendapatkan banyak pengalaman dalam program pencegahan HIV/AIDS yang menjadi salah satu masalah besar di DRC ²⁶.

Selain di DRC, kurikulum pedesaan juga telah dilakukan di berbagai negara di dunia termasuk negara maju yang juga masih memiliki perhatian terhadap pasokan tenaga kesehatan di wilayah terpencil / pedesaan ¹. Di salah satu universitas di Jepang yaitu University of Tsukuba telah melakukan pengenalan kurikulum pedesaan kepada mahasiswanya, mereka ditempatkan selama satu hari di wilayah pedesaan untuk memberikan pengalaman praktik langsung dan hasilnya ketertarikan mahasiswa untuk berkarir di pedesaan meningkat 20% dibandingkan minat mereka sebelum mengikuti program ²⁷ selain di Jepang, tiga universitas di negara Australia juga memiliki kurikulum pedesaan bagi mahasiswa kedokteran dengan menempatkan mereka selama 6 – 12 bulan di daerah pedesaan dan hasil dari program tersebut terlihat peningkatan antusiasme yang signifikan antara sebelum dan sesudah pelaksanaan program ²⁸

KESIMPULAN

Puskesmas yang berada di wilayah terpencil memerlukan perhatian khusus dari berbagai pihak dalam hal penyediaan tenaga dokter gigi di Puskesmas karena lebih dari separuh jumlah Puskesmas di wilayah terpencil belum tersedia dokter gigi dengan kata lain sebagian besar Puskesmas di daerah terpencil belum mampu memenuhi persyaratan ketenagaan di Puskesmas.

Masalah klasik ini tidak bisa diselesaikan hanya dengan mengandalkan satu pihak / satu kementerian saja, perlu sinergi yang masif dan strategis dalam usaha pemerataan tenaga dokter gigi di Puskesmas. Kerjasama dapat dibangun antara Pemerintah Pusat dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan, Pemerintah Daerah, Kementerian PUPR, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal (PDT) dan Transmigrasi, Kementerian Keuangan, Kementerian Pendidikan, institusi pendidikan Kedokteran Gigi, organisasi profesi / Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Akselerasi Puskesmas Indonesia (APKESMI), dinas kesehatan, dan *stakeholder* lain yang terkait dalam pembangunan kesehatan khususnya Sumber Daya Manusia Kesehatan terutama dalam bidang kedokteran gigi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Liu J, Zhu B, Mao Y. Association between rural clinical clerkship and medical students' intentions to choose rural medical work after graduation: A crosssectional study in western China. PLoS One [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2021 Jun 18];13(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29608624/>
2. WHO. The World Health Report 2006, Working Together for Health. 2006.
3. Cabanda E. Identifying the role of the sending state in the emigration of health professionals: a review of the empirical literature. Migr Dev. 2017;6(2):215–31.
4. WHO. Dentistry personnel [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 21]. Available from: https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0060?lang=en
5. Kemenkes RI. Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2019. Jakarta; 2019.
6. Rahardjo A, Maharani DA. A Review of Indonesia's Dental Health - Past, Present and Future. Int J Clin Prev Dent. 2014 Sep 30;10(3):121–6.
7. Konsil Kedokteran Indonesia. Fakultas Kedokteran Gigi di Indonesia [Internet]. Konsil Kedokteran Indonesia. 2018 [cited 2021 Mar 23]. Available from: <http://www.kki.go.id/index.php/tentangkami/index/1206/1009/1077/1078/tahun-2018>
8. Maharani C, Djasri H, Meliala A, Dramé ML, Marx M, Loukanova S. A scoping analysis of the aspects of primary healthcare physician job satisfaction: Facets relevant to the Indonesian system. Hum Resour Health [Internet]. 2019 May 30 [cited 2021 Jun 19];17(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0375-3>
9. Zhang Y, Feng X. The relationship between job satisfaction, burnout, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: A cross-sectional study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 18];11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21943042/>
10. Bonenberger M, Aikins M, Akweongo P,

- health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0226-z
20. Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. Physician burnout and its associated factors: A cross-sectional study in Shanghai. *J Occup Health* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2021 Jun 22];56(1):73–83. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1539/joh.13-0108-OA>
 21. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Jun 22];15(2):103–11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20311>
 22. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: A meta-analysis. *Hum Resour Health* [Internet]. 2013 Sep 28 [cited 2021 Jun 22];11(1):1–16. Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/48>
 23. Thi Nguyen VA, Könings KD, Scherpbier AJJA, van Merriënboer JJG. Attracting and retaining physicians in less attractive specialties: the role of continuing medical education. *Hum Resour Health* [Internet]. 2021 Dec 19 [cited 2021 Jun 22];19(1):69. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-021-00613-z>
 24. Belaid L, Dagenais C, Moha M, Ridde V. Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas: A mixed-method study in Niger. *Hum Resour Health* [Internet]. 2017 Sep 4 [cited 2021 Jun 22];15(1):1–11. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0227-y>
 25. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health*. 2010;18(3):102–9.
 26. Michaels-Strasser S, Thurman PW, Kasongo NM, Kapenda D, Ngulefac J, Lukeni B, et al. Increasing nursing student interest in rural healthcare: lessons from a rural rotation program in Democratic Republic of the Congo. *Hum Resour Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Jun 22];19(1):53. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00598-9>
 27. Ishimaru N, Takayashiki A, Maeno T, Kawamura Y, Kurihara H, Maeno T. The impact of an early-exposure program on medical students' interest in and knowledge of rural medical practices: A questionnaire survey. *Asia Pac Fam Med* [Internet]. 2015 Apr 14 [cited 2021 Jun 18];14(1):1–5. Available from: <https://apfmj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12930-015-0021-8>
 28. Roberts C, Daly M, Kumar K, Perkins D, Richards D, Garne D. A longitudinal integrated placement and medical students'

intentions to practise rurally. Med Educ
[Internet]. 2012 Feb 1 [cited 2021 Jun
18];46(2):179–91. Available from:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2923.2011.04102.x>