

# Review Sistematis Peningkatan Retensi Tenaga Kesehatan di Daerah Tertinggal

Ferry Efendi<sup>1</sup>, Anna Kurniati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

[fefendi@indonesiannursing.com](mailto:fefendi@indonesiannursing.com)

<sup>2</sup>Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan-Kementerian Kesehatan

[annakurniati@gmail.com](mailto:annakurniati@gmail.com)

## Abstrak

Indonesia merupakan salah satu dari 57 negara yang mengalami krisis Sumber Daya Manusia Kesehatan di dunia. Krisis tenaga kesehatan semakin dirasakan di daerah tertinggal yang mengakibatkan terhambatnya pembangunan Indonesia secara keseluruhan. Kondisi ini diperparah pula oleh rendahnya retensi tenaga kesehatan untuk mengabdikan diri di daerah tersebut. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis *best practices* dalam meningkatkan retensi tenaga kesehatan di daerah tertinggal. Sistematis review dilakukan dari database artikel di *google scholar*, *pubmed*, *ebsco*, *proquest* dan *science direct* dengan kata kunci “retensi tenaga kesehatan” dan “daerah tertinggal”. Pencarian dilakukan dengan rentang publikasi adalah 10 tahun lalu. Kriteria artikel adalah artikel yang direview oleh mitra bestari, dokumen pemerintah dan lokasi penelitian di negara berkembang. Didapatkan 33 referensi dari sekitar 2000 referensi yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Berdasarkan analisis yang dilakukan, kebijakan rekrutmen tenaga kesehatan yang berasal dari daerah tertinggal sangat disarankan. Selain itu kontrak kerja melalui mekanisme beasiswa pendidikan juga menunjukkan retensi yang baik. Wajib kerja dengan dukungan infrastruktur yang memadai juga perlu dipertimbangkan sebagai salah satu upaya meningkatkan akses terhadap tenaga kesehatan di daerah tertinggal. Pemberian insentif baik finansial maupun non finansial pada tenaga kesehatan di daerah tertinggal berkontribusi terhadap kebetahan mereka. Rekomendasi ini dapat digunakan oleh pemerintah pusat dan daerah untuk mempercepat pembangunan kesehatan di daerah tertinggal melalui kebijakan peningkatan retensi tenaga kesehatan.

**Kata kunci:** retensi, tenaga kesehatan, daerah tertinggal, daerah terpencil

## 1. Latar Belakang

Pemerintah dan pembuat kebijakan di berbagai negara manapun berjuang untuk mencapai kesetaraan kesehatan khususnya bagi komunitas yang rentan dan kurang beruntung. Tantangan terbesarnya adalah memastikan masyarakat yang hidup di daerah tertinggal dan terpencil memiliki akses terhadap tenaga kesehatan yang kompeten (World Health Organization, 2010). Sebagai salah satu negara yang dinyatakan mengalami krisis tenaga kesehatan oleh Badan Kesehatan Dunia di tahun 2006 (World Health Organization, 2006). Indonesia harus berjuang keras untuk meningkatkan jenis, jumlah dan mutu tenaga kesehatan. Selain itu masalah maldistribusi dan ketidakseimbangan geografis juga semakin memperbesar tantangan tersebut. Mendistribusikan dan menempatkan tenaga kesehatan di daerah tertinggal dengan kuantitas dan kualitas yang memadai menjadi hal kritis dalam pemberian pelayanan kesehatan. Sebagai contoh yang mudah jika kita membandingkan rasio tenaga kesehatan antara pulau Jawa-Bali dan luar pulau Jawa-Bali. Data terbaru dari Kementerian Kesehatan tahun 2013 menunjukkan bahwa

rasio dokter per populasi di Jawa dan luar Jawa masih mengalami ketidakseimbangan, rasio dokter di Semarang mencapai 119/100,000 penduduk sedangkan rasio dokter di Nusa Tenggara Timur sebesar 9/100,000 penduduk (Jamsos, 2013). Angka ini diprediksi semakin rendah lagi di daerah tertinggal dan terpencil. Hingga tahun 2013 masih ada 183 kabupaten yang masuk kategori tertinggal dan jumlah penduduk yang berada pada daerah tertinggal tersebut sekitar 30-40 persen dari penduduk Indonesia (KPDT, 2013). Studi terbaru yang dilakukan oleh Bank Dunia tentang tenaga kesehatan menggarisbawahi bahwa di Jawa-Bali, daerah yang terbesar populasinya di Indonesia, di perkotaan terdapat dokter untuk tiap 3000 penduduk, sedangkan di pedesaan terdapat hanya 1 dokter untuk setiap 22,000 penduduk. Luar Jawa-Bali lebih banyak dokter per populasi, tetapi masih ditemukan hanya 1 dokter untuk setiap 12,000 penduduk di daerah pedesaan, 1 dokter untuk setiap 15,000 penduduk di daerah terpencil sedangkan terdapat 1 dokter untuk setiap 2,430 orang di daerah perkotaan (World Bank, 2009). Sebagaimana penduduk Indonesia yang tinggal di perkotaan maupun di Jawa-Bali, masyarakat Indonesia yang tinggal di daerah terpencil dan tertinggal pun berhak mendapatkan pelayanan yang sama akan kesehatan. Sehingga ketersediaan tenaga kesehatan yang mencukupi dan berkualitas di daerah tertinggal menjadi isu penting yang harus segera diselesaikan (Efendi, 2012).

Data terkait retensi Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan di Indonesia masih sangat terbatas. Berapa lama tenaga kesehatan tersebut bekerja di daerah terpencil dan tertinggal serta jenis tenaga kesehatan apakah yang bekerja disana masih perlu diteliti. Informasi ini sangat penting mengingat ketersediaan tenaga kesehatan di daerah tersebut merupakan hal mutlak yang harus dipenuhi. Awal tahun 2007, Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan melakukan studi deskriptif mengenai sistem insentif yang terkait retensi bagi tenaga kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil. Studi ini menemukan bahwa menurut para tenaga medis Pegawai Tidak Tetap, paket insentif yang diberikan cukup memuaskan. Namun, hal ini tidak memiliki hubungan signifikan terhadap minat untuk bertahan disana. Sebaliknya, para tenaga medis dengan status pegawai negeri sipil merasa sangat tidak puas dengan insentif yang diterima (nilai rata-rata Rp 300.000,- per bulan). Penelitian ini merekomendasikan bahwa pemerintah daerah harus mengambil tindakan dalam penyediaan insentif bagi pegawai negeri sipil (Kurniati & Efendi, 2012).

Daerah tertinggal nampaknya masih belum diminati oleh para tenaga kesehatan untuk bekerja disana. Diakui atau tidak, permasalahan distribusi tenaga kesehatan, merupakan permasalahan klasik yang tidak hanya terjadi di negara kita. Negara maju dan berkembang lainnya juga menghadapi permasalahan serupa dengan tingkat permasalahan yang berbeda. Distribusi SDM Kesehatan telah menjadi salah satu indikator utama dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kesehatan (RPJMK) II tahun 2010-2014 dan RPJMK III tahun 2015-2019. Ketidakseimbangan distribusi masih menjadi masalah klasik yang harus dicari solusi terbaiknya dengan tetap berpihak pada komunitas marginal yang lebih memerlukan.

Berbagai kajian dan kebijakan telah dilakukan sebagai upaya untuk mengatasi permasalahan di bidang SDM Kesehatan. Berbagai penelitian dan studi kasus juga dilakukan untuk mengungkap berbagai permasalahan SDM Kesehatan di negara kita dan mencari solusi terbaik. Walaupun jumlahnya sangat minim namun hal itu perlu kita apresiasi sebagai upaya pengumpulan data berbasis bukti yang valid dan sah. Kesahihan data ini sangat penting sekali menjadi panduan bagi pengambil kebijakan maupun perencana SDM Kesehatan sebagai arahan dalam membuat kebijakan berikutnya (Kurniati & Efendi, 2012).

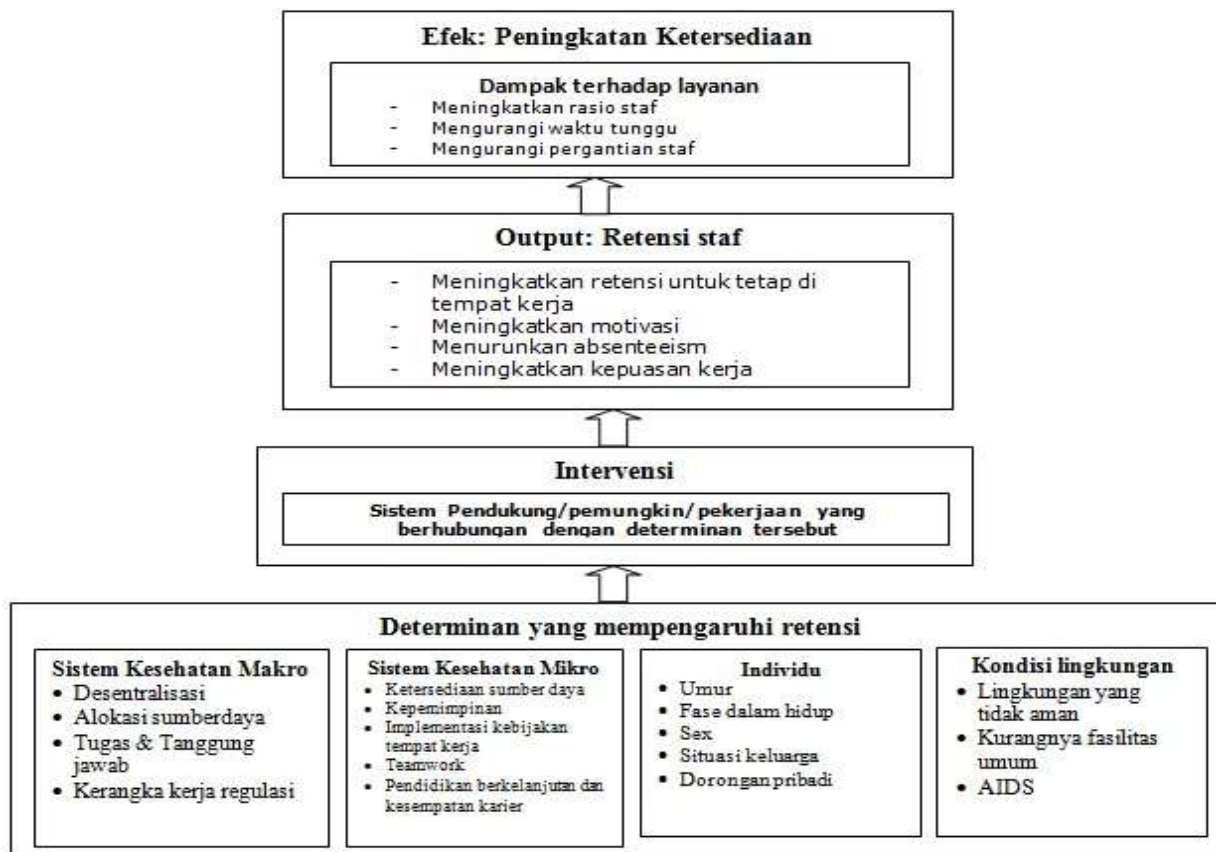
Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis *best practices* dalam meningkatkan retensi tenaga kesehatan di daerah tertinggal. Manfaat penelitian ini adalah memberikan informasi kepada

pembuat kebijakan untuk mempertahankan tenaga kesehatan yang bekerja di daerah tertinggal. Rekomendasi ini bisa meningkatkan luaran kesehatan dengan memperkuat kapasitas sistem kesehatan untuk menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas.

## **2. Tinjauan Pustaka**

### **Retensi Tenaga Kesehatan**

Retensi tenaga kerja merupakan rentang waktu antara mulai kerja dan berhenti kerja. Retensi merujuk pada rentang layanan minimum di suatu lokasi atau organisasi (Humphreys et al., 2007; Waldman & Arora, 2004). Tidak ada penjelasan yang lebih dalam mengenai istilah layanan “minimum “ ini dan definisinya bervariasi, apakah dikaitkan dengan profesi, posisi atau layanan kesehatan dan tergantung dari lokasi serta karakteristik masyarakatnya. Retensi merujuk pada kecukupan masa kerja, yang mungkin diukur dalam hal pengembalian biaya investasi yang terkait dengan pelatihan dan perekrutan atau pengaruh pada perawatan pasien yang dianggap optimal (Humphreys et al., 2007). Retensi tenaga kerja berbeda dengan *turnover* atau pergantian staf. Retensi merujuk pada waktu antara awal kerja dan berakhirnya atau meninggalkan pekerjaan, sehingga ukurannya adalah masa kerja (Waldman, 2006). Sebaliknya, *turnover* mengacu pada jumlah staf yang meninggalkan pekerjaan dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pekerja aktif pada kategori yang sama (Waldman, 2006; Waldman & Arora, 2004). Retensi mengukur siapa yang tinggal dan rentang berapa lama, sedangkan turnover menggambarkan tingkat pergerakan individu keluar dari suatu organisasi (Humphreys et al., 2009). Retensi bisa berakar dari faktor personal ataupun lingkungan kerja itu sendiri. Intervensi dapat dimulai dari tingkat makro atau sistem kesehatan, seperti misalnya perencanaan dan kebijakan SDM kesehatan, wajib kerja, pendidikan dan latihan serta kesepakatan yang mengikat. Intervensi juga bisa dimulai pada tingkat mikro, seperti misalnya meningkatkan kepuasan kerja dengan memperbaiki kondisi kerja, memberikan insentif dan pengembangan karier. Studi yang dilakukan oleh Dieleman M dan Harnmeijer JW menunjukkan bahwa terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi retensi tenaga kesehatan seperti pada gambar 1 (Dieleman M, 2006).



Gambar 1. Kerangka Kerja Retensi SDM Kesehatan (Dieleman M, 2006)

Retensi dapat diatasi dengan beberapa cara dan tingkat, baik di tingkat makro, mikro, individu serta lingkungan kerja. Tabel di bawah ini menjelaskan berbagai intervensi untuk meningkatkan retensi.

Tabel 1. Intervensi untuk meningkatkan retensi (Dieleman M, 2006)

<b>Tingkat</b>	<b>Intervensi</b>
Tingkat makro: Sistem kesehatan	Perencanaan, distribusi dan penggunaan skills mix Rekrutmen dari daerah terpencil Mengadopsi kurikulum dan pelatihan ke daerah tertinggal Non finansial dan finansial insentif/sistem kontrak
Tingkat mikro: fasilitas kesehatan	Meningkatkan kepuasan kerja Memperbaiki sarana prasarana kerja Memperbaiki manajemen SDM dan kerja tim Menyediakan insentif finansial dan non finansial dari daerah
Tingkat individu: SDM Kesehatan	Memperbaiki kondisi kerja Memberikan rasa aman Strategi sensitif gender Strategi yang ditujukan pada kelompok umur spesifik

Pada strategi di tingkat makro, memperbaiki perencanaan, distribusi dan pemberdayaan SDM kesehatan dapat meningkatkan retensi. Hal ini memerlukan kapasitas di tingkat nasional, kerangka kerja regulasi dan kolaborasi dengan donor. Advokasi perlu dilakukan oleh Kementerian Kesehatan bahwa permasalahan ini merupakan permasalahan bersama, karena adanya gangguan pada salah satu tingkat akan memberikan dampak negatif pada minat retensi. Intervensi di atas merupakan rangkuman dari berbagai penelitian yang dilakukan di negara lain. Negara yang sukses dengan penerapan intervensi di atas, dapat kita jadikan pelajaran dan ditelaah kemungkinan implementasinya di Indonesia (Kurniati & Efendi, 2012). Retensi tenaga kesehatan khususnya di daerah tertinggal dan terpencil sangatlah penting. Retensi tenaga kesehatan yang baik sangat vital dalam mendukung pemberian layanan kesehatan yang akan memperbaiki outcome kesehatan (World Health Organization, 2006). Laporan WHO (2006) menyatakan bahwa densitas tenaga kesehatan berhubungan kuat dengan probabilitas keselamatan hidup, baik keselamatan hidup bayi, anak maupun ibu. Semakin sedikit densitas tenaga kesehatan maka semakin kecil probabilitas keselamatan hidupnya. Retensi yang baik dari tenaga kesehatan di suatu daerah diperlukan untuk membangun kepercayaan antara tenaga kesehatan dengan klien, selain itu produktivitas staf juga akan meningkat sehingga program kesehatan bisa berjalan dengan efektif dan efisien (Fang, 2001). Ketika tenaga kesehatan meninggalkan suatu organisasi ataupun daerah, kemungkinan di daerah tersebut terjadi *shortage* atau kekurangan, sehingga jelas akan memengaruhi layanan kesehatan yang diberikan. Meskipun ada kandidat lain yang sesuai untuk bekerja di daerah tersebut, rekrutmen dan seleksi staf baru seringkali mahal dan memerlukan waktu yang tidak singkat (Humphreys et al., 2009).

### **Daerah Tertinggal**

Daerah tertinggal yang dimaksud dalam penelitian ini adalah daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Definisi dari Daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) sendiri masih belum didefinisikan secara komprehensif. Tetapi ada beberapa rujukan yang memiliki istilah terkait misalnya daerah tertinggal, didefinisikan, berdasarkan kondisi sosial, ekonomi, budaya, dan wilayah (fungsi inter dan intra spasial baik pada aspek alam, aspek manusianya, maupun prasarana pendukungnya) (Bakohumas, 2009). Pembangunan daerah tertinggal merupakan upaya terencana untuk mengubah suatu daerah yang dihuni oleh komunitas dengan berbagai permasalahan sosial ekonomi dan keterbatasan fisik, menjadi daerah yang maju dengan komunitas yang kualitas hidupnya sama atau tidak jauh tertinggal dibandingkan dengan masyarakat Indonesia lainnya. Pembangunan daerah tertinggal ini berbeda dengan penanggulangan kemiskinan dalam hal cakupan pembangunannya. Pembangunan daerah tertinggal tidak hanya meliputi aspek ekonomi, tetapi juga aspek sosial, budaya, dan keamanan (bahkan menyangkut hubungan antara daerah tertinggal dengan daerah maju). Di samping itu kesejahteraan kelompok masyarakat yang hidup di daerah tertinggal memerlukan perhatian dan keberpihakan yang besar dari pemerintah (KemenPDT, 2005). Suatu daerah dikategorikan sebagai daerah tertinggal, karena beberapa faktor penyebab, antara lain (Bappenas, 2011; KemenPDT, 2005):

- (1) Geografis. Umumnya secara geografis daerah tertinggal relatif sulit dijangkau karena letaknya yang jauh di pedalaman, perbukitan/pegunungan, kepulauan, pesisir, dan pulau-pulau terpencil atau karena faktor geomorfologis lainnya sehingga sulit dijangkau oleh jaringan baik transportasi maupun media komunikasi.
- (2) Sumberdaya Alam. Beberapa daerah tertinggal tidak memiliki potensi sumberdaya alam, daerah yang memiliki sumberdaya alam yang besar namun lingkungan sekitarnya merupakan

daerah yang dilindungi atau tidak dapat dieksploitasi, dan daerah tertinggal akibat pemanfaatan sumberdaya alam yang berlebihan.

- (3) Sumberdaya Manusia. Pada umumnya masyarakat di daerah tertinggal mempunyai tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan yang relatif rendah serta kelembagaan adat yang belum berkembang.
- (4) Prasarana dan Sarana. Keterbatasan prasarana dan sarana komunikasi, transportasi, air bersih, irigasi, kesehatan, pendidikan, dan pelayanan lainnya yang menyebabkan masyarakat di daerah tertinggal tersebut mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas ekonomi dan sosial.
- (5) Daerah Rawan Bencana dan Konflik Sosial. Seringnya suatu daerah mengalami bencana alam dan konflik sosial dapat menyebabkan terganggunya kegiatan pembangunan sosial dan ekonomi.
- (6) Kebijakan Pembangunan. Suatu daerah menjadi tertinggal dapat disebabkan oleh beberapa kebijakan yang tidak tepat seperti kurang memihak pada pembangunan daerah tertinggal, kesalahan pendekatan dan prioritas pembangunan, serta tidak dilibatkannya kelembagaan masyarakat adat dalam perencanaan dan pembangunan.

Untuk menilai keterpencilan suatu daerah maka perlu diidentifikasi sebaran daerah tertinggal menurut kondisi geografisnya yaitu:

- (1) Daerah yang terletak di wilayah pedalaman, tepi hutan, dan pegunungan yang pada umumnya tidak atau belum memiliki akses ke daerah lain yang relatif lebih maju;
- (2) Daerah yang terletak di pulau-pulau kecil, gugusan pulau yang berpenduduk dan memiliki kesulitan akses ke daerah lain yang lebih maju;
- (3) Daerah yang secara administratif sebagian atau seluruhnya terletak di perbatasan antarnegara baik batas darat maupun laut;
- (4) Daerah yang terletak di wilayah rawan bencana alam baik gempa, longsor, gunung api, maupun banjir.
- (5) Daerah yang sebagian besar wilayahnya berupa pesisir.

Penetapan kriteria daerah tertinggal dilakukan dengan menggunakan pendekatan berdasarkan pada perhitungan 6 (enam) kriteria dasar di atas yaitu : perekonomian masyarakat, sumberdaya manusia, prasarana (infrastruktur), kemampuan keuangan lokal (celah fiskal), aksesibilitas dan karakteristik daerah, serta berdasarkan kabupaten yang berada di daerah perbatasan antarnegara dan gugusan pulau-pulau kecil, daerah rawan bencana, dan daerah rawan konflik. Ke-6 (enam) kriteria ini diolah dengan menggunakan data Potensi Desa (PODES) 2003 dan Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2002 dan data Keuangan Kabupaten 2004 dari Departemen Keuangan.

Berdasarkan Kepmenkes Nomor 949 tahun 2007 tentang kriteria sarana pelayanan kesehatan terpencil dan sangat terpencil menetapkan dua istilah tentang keterpencilan, yaitu terpencil dan sangat terpencil. Pada tahun yang sama dikeluarkan Permenkes Nomor 1239/MENKES/PER/XII/2007 yang memasukkan unsur dokter spesialis di dalam pemenuhan kebutuhan tenaga medis. Adapun penjelasan dari dua istilah geografis tersebut dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Kriteria daerah terpencil dan sangat terpencil menurut Kepmenkes Nomor 949 tahun 2007 dan Permenkes Nomor 1239/MENKES/PER/XII/2007

<b>Kriteria</b>	<b>Daerah Terpencil</b>	<b>Daerah Sangat Terpencil</b>
Letak geografis	Daerah yang sangat sulit dijangkau	daerah yang sangat sulit dijangkau
	Pegunungan, pedalaman, dan rawa-rawa	Pegunungan, pedalaman, dan rawa-rawa
	Rawan bencana alam baik gempa, longsor, maupun gunung api	Pulau kecil/gugus pulau dan daerah pesisir
		Berada di wilayah perbatasan negara lain, baik darat maupun di pulau-pulau kecil Terluar
Akses transportasi	Transportasi yang umum digunakan (darat/air/udara) rutin maksimal 2 (dua) kali seminggu	Transportasi yang umum digunakan (darat/air/udara) rutin maksimal 1 (satu) kali Seminggu
	Waktu tempuh memerlukan waktu pulang-pergi lebih dari 6 (enam) jam perjalanan	Waktu tempuh memerlukan waktu pulang-pergi lebih dari 8 (delapan) jam Perjalanan
		Hanya tersedia transportasi dengan pesawat udara untuk mencapai lokasi
		Transportasi yang ada sewaktu-waktu terhalang kondisi iklim/cuaca (seperti: musim angin, gelombang, dan lain-lain)
		Tidak ada transportasi umum
Sosial ekonomi	Kesulitan pemenuhan bahan pokok	Kesulitan pemenuhan bahan pokok
	Kondisi keamanan	Kondisi keamanan
Persyaratan khusus	Permenkes Nomor 1239/MENKES/PER/XII/2007 menambahkan: (1) Sarana pelayanan kesehatan yang berada pada daerah-daerah yang tidak termasuk kriteria terpencil atau sangat terpencil sebagaimana dimaksud dalam persyaratan di atas, dengan kesulitan pemenuhan kebutuhan tenaga medis terutama dokter spesialis maka disetarakan dengan sarana pelayanan kesehatan dengan kriteria terpencil. (2) Sarana pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada poin 1, adalah sarana pelayanan kesehatan yang sulit di dalam pemenuhan kebutuhan tenaga medis terutama dokter	

	<p>spesialis dengan berbagai sebab.</p> <p>(3) Sarana pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada poin 2, dalam rangka pemenuhan kebutuhan tenaga medis terutama dokter spesialis.</p>
Tambahan	<p>Bagi Pusat Pelayanan Masyarakat (Puskesmas) penetapan kriteria sangat terpencil ditentukan dari jarak Ibukota Kabupaten ke lokasi Puskesmas.</p>
	<p>Bagi Sarana Pelayanan Rujukan penetapan kriteria sangat terpencil ditentukan dari jarak Ibukota Propinsi ke lokasi Sarana Rujukan.</p>
	<p>Bagi Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya penetapan kriteria sangat terpencil ditentukan dari jarak Ibukota Kabupaten ke lokasi Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya.</p>

### 3. Metodologi

Review atau tinjauan sistematis lebih banyak digunakan dibanding tinjauan deskriptif karena menggunakan metode yang sistematis, eksplisit dan mengurangi efek bias. Kualitas studi yang dilakukan juga dapat dinilai dan disimpulkan berdasarkan metodologi yang digunakan serta suara yang terbanyak (Hunt & McKibbin, 1997). Pada penelitian ini metodologi review sistematis digunakan untuk mengidentifikasi, menilai dan menyusun bukti dari penelitian untuk menganalisis kebijakan retensi tenaga kesehatan di negara berkembang khususnya di daerah tertinggal dan terpencil. Studi ini juga mendeskripsikan dan mengevaluasi intervensi atau kebijakan di negara lain untuk meningkatkan ketertarikan dan retensi sebagai masukan bagi *policy maker* di Indonesia untuk menyusun kebijakan yang serupa.

Tahapan dalam melakukan review sistematis ini terdiri dari 5 tahap yaitu (Khan, Kunz, Kleijnen, & Antes, 2003):

#### a. Memetakan pertanyaan

Masalah yang akan dianalisis harus spesifik, jelas dan peneliti menyiapkan pertanyaan terstruktur sebelum melakukan review. Pertanyaan yang diajukan pada review sistematis ini diambil oleh penulis dari rekomendasi WHO tahun 2010 diantaranya (World Health Organization, 2010):

- Relevansi: intervensi manakah yang memiliki respon terbaik terhadap prioritas nasional dan memenuhi harapan tenaga kesehatan serta masyarakat daerah tertinggal?
- Akseptabilitas: intervensi manakah yang secara politis bisa diterima dan mendapat dukungan?
- Keterjangkauan: intervensi manakah yang bisa dijangkau?

#### b. Identifikasi publikasi yang relevan

Pencarian literatur atau studi dilakukan sebanyak-banyaknya dari berbagai sumber baik cetak maupun online. Kriteria pemilihan studi didasarkan pada pertanyaan review dan alasan inklusi serta eksklusi juga harus dicatat. Pada penelitian ini penulis menggunakan referensi online pada database dan agregator di *Google Scholar*, *Pubmed*, *Proquest*, *EBSCO* dan *Science Direct*. Kata kunci yang digunakan adalah retensi tenaga kesehatan dan daerah tertinggal. Daerah tertinggal juga dicari sinonimnya dalam bahasa Inggris yaitu *rural*, *remote* dan *underserved area*. Dari 2000 artikel yang didapatkan di hasil pencarian, peneliti menetapkan 33 artikel yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:



Tabel 2: Kriteria inklusi penelitian

Kriteria	Inklusi
Jangka waktu	Maksimal rentang waktu referensi 10 tahun lalu (2003)
Bahasa	Inggris dan Indonesia
Tempat penelitian	Internasional dengan lokasi di negara berkembang
Penetapan batas geografis	Ditentukan oleh tiap penelitian dengan istilah <i>rural</i> , <i>remote</i> atau <i>underserved</i>
Jenis tenaga kesehatan	Dokter, perawat, bidan, radiografer ataupun jenis tenaga kesehatan lain sesuai yang tertulis dalam <i>The International Standard Classification of Occupations (ISCO)</i>

c. Mengkaji kualitas penelitian

Penyusunan pertanyaan penelitian (tahap 1) dan kriteria pemilihan studi (tahap 2), langkah selanjutnya adalah mendeskripsikan tingkat desain minimum yang bisa diterima. Desain studi yang diterima mulai dari observasi hingga eksperimen. Peneliti juga melakukan filterisasi ketika pencarian, untuk publikasi ilmiah hanya artikel yang telah direview oleh mitra bestari (peer reviewed article) yang ditampilkan. Artikel lain adalah laporan pemerintah, tesis dan disertasi yang memuat hasil penelitian terkait retensi dalam konteks negara berkembang.

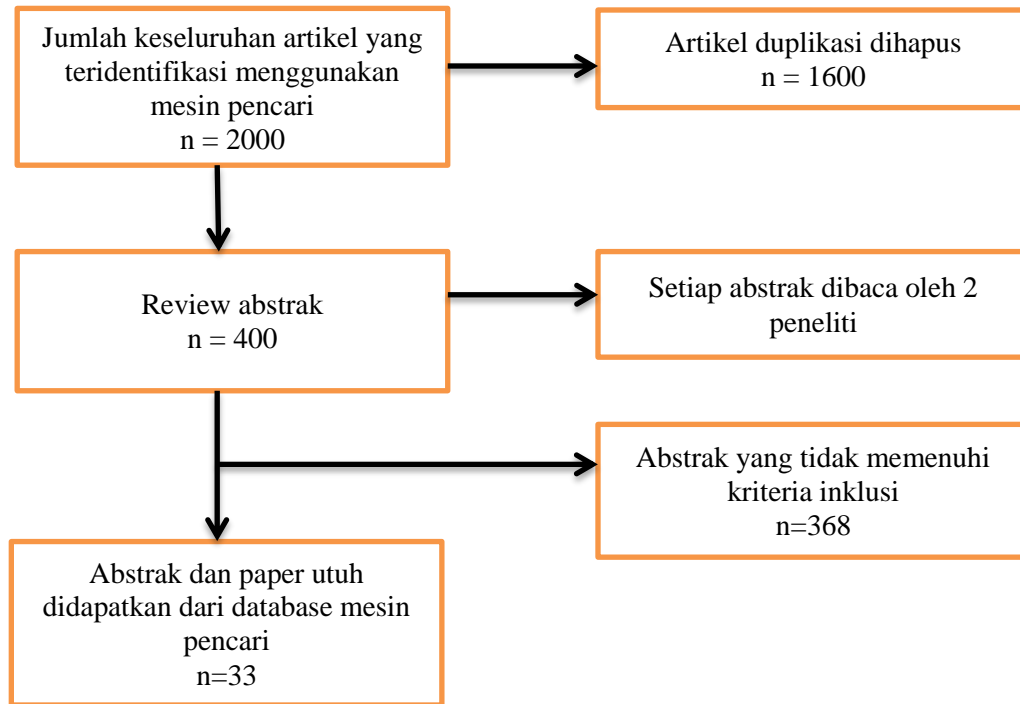
d. Menyimpulkan bukti

Sintesis data terdiri dari tabulasi karakteristik studi, kualitas dan hasil dan juga metode statistik untuk mengeksplorasi perbedaan antara studi dan mengkombinasikan hasilnya. Pada penelitian ini hasil pencarian dikategorikan dalam tema-tema yang terkait dengan kebijakan retensi untuk disimpulkan berdasarkan bukti yang ditemukan. Terdapat 4 tema besar yang pengelompokannya didasarkan pada rekomendasi WHO (World Health Organization, 2010).

e. Interpretasi temuan

Isu yang ditemukan di masing-masing tahapan tersebut harus dipenuhi dan risiko terjadinya bias atau potensi bias harus dieksplorasi. Eksplorasi heterogenitas bisa membantu menentukan apakah simpulan umum bisa dipercaya atau diperlukan observasi penelitian yang berkualitas tinggi untuk membuat kesimpulan. Rekomendasi yang dihasilkan berdasarkan kuat dan lemahnya bukti atau data yang ditemukan (Khan et al., 2003).

Proses review sistematis seperti terlihat di gambar 2. Tiap artikel atau abstrak dibaca oleh 2 peneliti dengan mengacu pada relevansi, akseptabilitas dan keterjangkauan. Satu dokumen pemerintah terkait retensi dikaji guna mendukung hasil penelitian.



Gambar 2: Proses review sistematis dari tulisan yang dipublikasikan

#### 4. Temuan-temuan dan Analisis

Hasil pencarian dianalisis dan dikategorikan dalam 4 tema besar. Secara umum tema terkait faktor retensi dikelompokkan menjadi:

- Finansial insentif yang meliputi gaji, uang jasa pelayanan dan berbagai tunjangan atau tambahan yang berupa finansial.
- Dukungan personal dan profesional meliputi perbaikan kondisi hidup bagi tenaga kesehatan dan keluarganya, perbaikan infrastruktur (jalan, listrik, sekolah, air bersih), lingkungan kerja yang baik dan aman, manajemen organisasi yang baik, monitoring dan evaluasi serta jenjang karir yang baik bagi tenaga kesehatan yang bekerja di daerah tertinggal.
- Pendidikan meliputi penerimaan mahasiswa baru dari daerah tertinggal, lokasi sekolah kesehatan diluar kota, kurikulum atau rotasi klinik di daerah tertinggal selama masa studi, pendidikan berkelanjutan dan pelatihan.
- Regulasi yang meliputi peraturan, hukum atau Undang-undang yang meningkatkan kepuasan kerja di daerah tertinggal, pendayagunaan berbagai jenis tenaga kesehatan yang ada dengan kewenangan khusus, wajib kerja dan kontrak kerja, pengabdian setelah lulus.

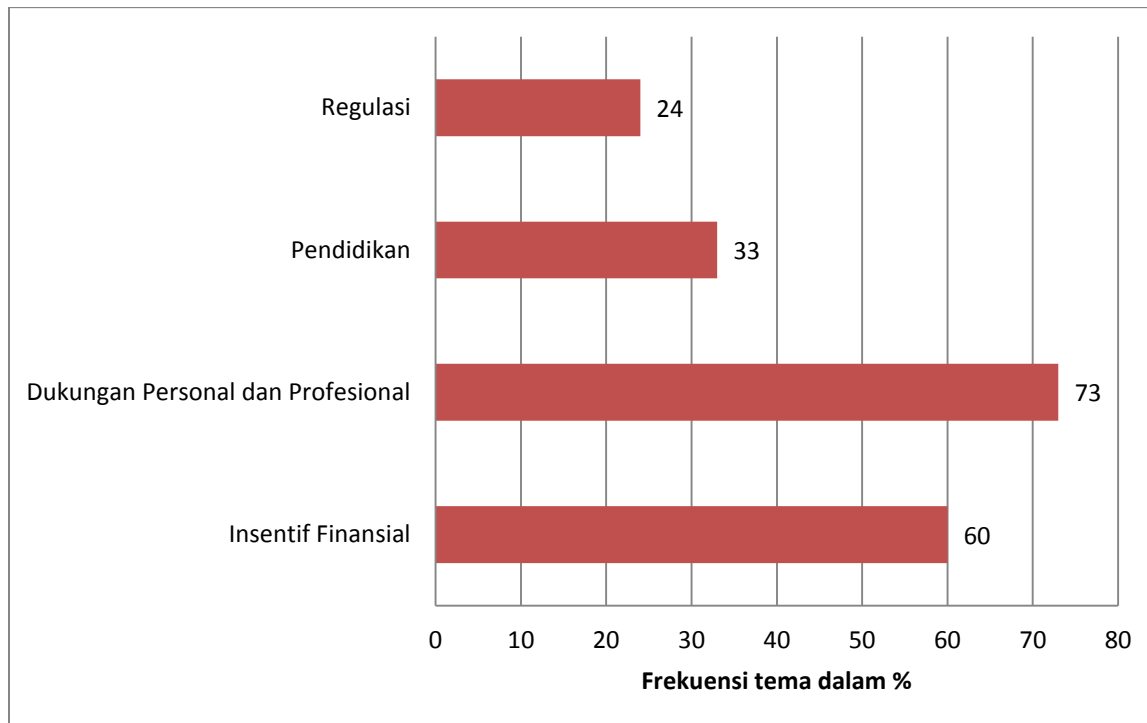
Tabel 3: Tema utama yang teridentifikasi

<b>Penulis</b>	<b>Tahun</b>	<b>Komponen</b>	<b>Insentif finansial</b>	<b>Dukungan personal dan profesional</b>	<b>Pendidikan</b>	<b>Regulasi</b>
(Jack, Canavan, Ofori-Atta, Taylor, & Bradley, 2013)	2013	Komitmen, hubungan baik dengan masyarakat dan sejawat		X		
(AbuAlRub, El-Jardali, Jamal, Iblasi, & Murray, 2013)	2013	Insentif finansial, sistem transportasi, pendidikan berkelanjutan	X	X	X	
(Sheikh et al., 2012)	2012	Kondisi lingkungan yang lebih baik, hubungan baik dengan sejawat dan masyarakat, tinggal dengan pasangan, tersedia sekolah		X		
(Luis Huicho et al., 2012)	2012	Tambahan gaji, fasilitas, beasiswa	X	X	X	
(Alameddine, Saleh, El-Jardali, Dimassi, & Mourad, 2012)	2012	Rekrutmen dewasa muda, tim kesehatan, keamanan		X		
(Sundaraman & Gupta, 2011)	2011	Insentif finansial, kebijakan manajemen SDM, rekrutmen nakes dari penduduk setempat, membuat tenaga kesehatan baru	X	X	X	X
(Hasan Salih Suliman, 2011)	2011	Insentif finansial	X			
(Wiwanitkit, 2011)	2011	Wajib kerja				X
(Ebuehi & Campbell, 2011)	2011	Kondisi kerja yang baik, dukungan sistem yang efektif dan efisien, jenjang karir, insentif finansial, sistem dukungan keluarga	X	X		

(Efendi, 2011)	2011	Insentif finansial, kesempatan menjadi PNS, berasal dari daerah tertinggal	X	X	X	
(Zurn, Codjia, Sall, & Braichet, 2010)	2010	Sistem kontrak khusus				X
(Serneels et al., 2010)	2010	Motivasi untuk melayani, berasal dari daerah tertinggal, kontrak dengan daerah		X	X	X
(Peña, Ramirez, Becerra, Carabantes, & Arteaga, 2010)	2010	Insentif finansial, rotasi sukarela di daerah tertinggal, pendidikan kedokteran berkelanjutan, perumahan	X	X	X	
(Mullei et al., 2010)	2010	Insentif finansial, kebebasan memilih lokasi praktik, perumahan, jenjang karir yang cepat	X	X		
(Hanson & Jack, 2010)	2010	Gaji yang besar, perumahan, peralatan medis yang memadai	X	X		
(Frehywot, Mullan, Payne, & Ross, 2010)	2010	Wajib kerja				X
(Chhea, Warren, & Manderson, 2010)	2010	Manajemen yang baik, insentif finansial, keamanan kerja	X	X		
(Awofeso, 2010)	2010	Alokasi sumberdaya, perencanaan SDM yang baik, pelatihan		X	X	
(Iiping et al., 2009)	2009	Tunjangan kemahalan, kenaikan gaji, uang lembur, transportasi	X	X		
(Till Bärnighausen & David E Bloom, 2009)	2009	Beasiswa kondisional (pengabdian setelah lulus)				X

(Willis-Shattuck et al., 2008)	2008	Insentif finansial, jenjang karir, manajemen	X	X		
(Munga & Mbilinyi, 2008)	2008	Perumahan, transportasi, jenjang karir, perbaikan kondisi lingkungan kerja		X		
(Chimbari, Madhina, Nyamangara, Mtandwa, & Damba, 2008)	2008	Insentif finansial	X			
(Lehmann, Dieleman, & Martineau, 2008)	2008	Lingkungan, kondisi kerja, jenjang karir		X		
(Ndetei, Khasakhala, & Omolo, 2008)	2008	Insentif finansial, perbaikan kondisi kerja, supervisi dan pelatihan, perbaikan kondisi kerja	X	X	X	
(Dambisya, 2007)	2007	Pelatihan, jenjang karir, dukungan sosial, kondisi kerja, manajemen SDM yang baik, tambahan gaji	X	X	X	
(Kotzee & Couper, 2006)	2006	Kenaikan gaji, jenjang karir, perbaikan kondisi kerja	X	X		
(Equinet, 2006)	2006	Insentif finansial, perbaikan kondisi kerja, perumahan, sekolah anak, fasilitas umum, jenjang karir	X	X		
(Muula & Maseko, 2005)	2005	Remunerasi, perbaikan tempat kerja, wajib kerja dengan sistem beasiswa, pelatihan	X	X	X	X
(Reid, 2004)	2004	Tunjangan kemahalan	X			
(Lexomboon, 2003)	2003	Calon mahasiswa dari daerah tertinggal			X	
(De Vries &	2003	Rekrutmen dari				X

Reid, 2003)		daerah tertinggal				
(Mackintosh, 2003)	2003	Remunerasi, kondisi kerja	X	X		
Total jumlah studi	33		20	24	11	8



Gambar 3: Frekuensi tema

### Dukungan Personal dan Profesional

Sebagian besar intervensi untuk mempertahankan retensi tenaga kesehatan di daerah tertinggal masuk dalam kategori dukungan personal dan profesional (73%). Meskipun demikian, perlu digarisbawahi bahwa intervensi ini perlu diintegrasikan dengan intervensi yang lain, khususnya terkait dengan retensi telah diteliti bahwa dukungan personal dan profesional sendiri tidak akan efektif untuk membuat tenaga kesehatan betah tinggal di daerah tertinggal (Buykx, Humphreys, Wakerman, & Pashen, 2010; Lehmann et al., 2008; World Health Organization, 2010). Pentingnya dukungan personal dan profesional seperti perbaikan kondisi hidup bagi tenaga kesehatan dan keluarganya membuat tenaga kesehatan dihargai. Sehingga motivasi dan retensi tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah terpencil dan tertinggal cukup tinggi (Dolea, Stormont, & Braichet, 2010; L. Huicho et al., 2010). Selain itu, jenjang karir yang jelas dan berpihak ke tenaga kesehatan menjadi nilai tambah bagi tenaga kesehatan untuk praktik dan bertahan disana (Dambisya, 2007; Ebuehi & Campbell, 2011). Keterpencilan, sulitnya akses transportasi serta kondisi kerja yang tidak mendukung menjadi faktor yang mendorong perawat di Jordania untuk bermigrasi dan bekerja ke luar negeri (AbuAlRub et al., 2013).

### **Insentif Finansial**

Intervensi insentif finansial diidentifikasi sebanyak 60% pada studi ini. Insentif finansial baik berupa uang maupun tunjangan merupakan intervensi klasik yang telah dilakukan di berbagai negara (Till Bärnighausen & David E. Bloom, 2009). Negara maju maupun negara berkembang menggunakan intervensi ini untuk menarik dan mempertahankan tenaga kesehatan di daerah tertinggal. Review sistematis terkait penggunaan insentif finansial pada penelitian lain menunjukkan efektivitas dari intervensi ini untuk mempertahankan tenaga kesehatan di daerah tertinggal (Till Bärnighausen & David E. Bloom, 2009). Penelitian insentif finansial sebagian besar dilakukan di negara-negara Afrika dengan menyertakan intervensi kombinasi lainnya. Insentif finansial yang diberikan dalam bentuk beragam baik berupa gaji, tunjangan maupun manfaat lain yang diasosiasikan dengan sejumlah uang. Intervensi ini sangat efektif jika dilakukan untuk program retensi jangka pendek, sedangkan untuk jangka panjang tingkat keberhasilannya rendah jika tanpa disertai intervensi non finansial lainnya (Sempowski, 2004).

### **Pendidikan**

Pendidikan merupakan langkah utama dan dasar dalam menciptakan tenaga kesehatan yang kompeten. Pada penelitian ini diidentifikasi sebanyak 33% intervensi dengan kategori pendidikan. Rekrutmen mahasiswa baru dari daerah terpencil dan tertinggal memiliki dampak terhadap retensi tenaga kesehatan untuk mengabdikan kembali ke daerah asalnya (Grobler L, 2009). Di Afrika Selatan, mahasiswa yang berasal dari daerah tertinggal 3 kali lebih memilih untuk praktik di daerah tersebut (De Vries & Reid, 2003). Studi yang dilakukan di Kongo dimana Fakultas Kedokteran dibangun di pedesaan menunjukkan bahwa 81% lulusan bekerja di daerah pedesaan (Longombe, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Strasser menunjukkan bahwa kurikulum terkait pelayanan kesehatan di daerah tertinggal mendekatkan mahasiswa untuk lebih mengenal dan peduli untuk memilih bekerja disana. Selain itu mereka telah memiliki kompetensi untuk praktik di daerah dengan sumber daya yang terbatas (Strasser et al., 2009). Pelatihan mendorong staf untuk mengambil peran lebih dalam pekerjaan dan mencapai tujuan pribadi sebagai seorang profesional (Peña et al., 2010). Penelitian yang terkait intervensi pendidikan perlu digali lebih lanjut mengingat banyak faktor yang memengaruhi.

### **Regulasi**

Regulasi yang terkait dengan retensi tenaga kesehatan tidak hanya dijumpai di negara maju tetapi juga negara berkembang. Tema terkait regulasi ini ditemukan dalam 24% studi ini. Wajib kerja merujuk pada hukum negara yang mengamanatkan distribusi dan retensi tenaga kesehatan di daerah terpencil dan tertinggal untuk periode tertentu. Regulasi yang dimaksud di kebanyakan negara dibawah oleh Kementerian Kesehatan. Wajib kerja memang diketahui lebih efektif dalam mempertahankan tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah tertinggal dan terpencil (Frehywot et al., 2010; Wiwanitkit, 2011). Lebih dari 70 negara di dunia ini memberlakukan kebijakan yang sama. Metode yang digunakan sebagian besar atau 64% adalah mewajibkan atau mengharuskan sebagai prasyarat untuk mendapatkan izin praktik ataupun dengan denda tertentu. Studi yang dilakukan di Puerto Rico Menunjukkan bahwa sebelum program ini dijalankan 16 dari 78 kota tidak ada dokter. Setelah intervensi kesemua kota tersebut setidaknya memiliki 1 dokter (Ramírez de Arellano, 1981). Meski di Indonesia intervensi ini diketahui efektif untuk mendistribusikan dan menempatkan tenaga kesehatan di daerah tertinggal untuk periode tertentu (Lehmann et al., 2008), namun isu terkait pembatasan hak asasi manusia juga perlu dipertimbangkan.

## **Diskusi**

Pemenuhan ketersediaan tenaga kesehatan di daerah tertinggal dan terpencil mutlak memerlukan komitmen politik yang kuat dari pemerintah. Strategi yang dilakukan oleh pemerintah harus menggunakan faktor-faktor yang berdampak terhadap ketertarikan dan retensi dari tenaga kesehatan. Sebagian besar studi terkait retensi melibatkan dokter sebagai respondennya, diikuti oleh perawat, bidan dan jenis tenaga kesehatan lainnya. Meskipun dokter, perawat dan bidan sangat berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan, tetapi berbagai jenis tenaga kesehatan lainnya juga perlu dikaji terutama dalam konteks daerah tertinggal. Terdapat beberapa kesamaan tema yang teridentifikasi dan konsisten dengan temuan sebelumnya ataupun review sistematis yang lain, seperti misalnya strategi dukungan personal dan profesional serta insentif finansial lebih banyak digunakan sebagai faktor penting dalam retensi (Buykx et al., 2010), dan bahkan mungkin faktor personal dan profesional punya potensi untuk meningkatkan retensi. Sebagian besar studi menunjukkan perlunya insentif finansial dan insentif non finansial sebagai paket kebijakan retensi, hal ini konsisten dengan artikel yang ada disini (AbuAlRub et al., 2013; Luis Huicho et al., 2012; Sundararaman & Gupta, 2011). Kombinasi berbagai intervensi juga dijelaskan oleh penelitian lain sebagai langkah efektif dalam menarik dan mempertahankan tenaga kesehatan (Frehywot et al., 2010). Penelitian yang dilakukan di Propinsi Papua menunjukkan bahwa peran pemerintah daerah juga signifikan dalam menarik dan mempertahankan tenaga kesehatan dengan stimulasi pendidikan berkelanjutan dan jenjang karir yang mendukung. Kesempatan menjadi Pegawai Negeri Sipil juga bisa ditawarkan dengan persyaratan tertentu untuk menarik minat tenaga kesehatan guna melayani masyarakat Indonesia di pedalaman (Pas, 2010).

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan untuk mengatasi masalah distribusi dan retensi tenaga kesehatan di Indonesia khususnya untuk dokter dan bidan. Akan tetapi jika dikaji lebih lanjut maka data yang berbasis bukti khususnya terkait retensi masih sangat minim. Studi awal terkait dengan minat dokter untuk bekerja di daerah terpencil dipublikasikan pada tahun 1998. Penelitian ini menjelaskan bahwa intervensi pendidikan untuk melanjutkan ke jenjang spesialis ternyata mampu membuat dokter bertahan bekerja di lokasi terpencil (Chomitz, 1998). Sejak tahun 1990an, pemerintah telah melaksanakan penempatan tenaga medis dan bidan melalui program Pegawai Tidak Tetap (PTT) sebagai bagian dari pelaksanaan masa bakti yang diwajibkan bagi tenaga medis. Pelaksanaan wajib kerja ini dihapuskan dengan berlakunya Undang-undang nomer 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan. Untuk menarik minat tenaga medis agar mau ditempatkan sebagai PTT di daerah terpencil dan sangat terpencil maka diterapkan pemberian insentif finansial dengan besaran tertentu dan dengan masa kerja yang lebih singkat yaitu 1-2 tahun. Kebijakan ini di satu sisi mampu meningkatkan keberadaan tenaga medis di daerah yang selama ini kurang terlayani, namun belum secara bermakna meningkatkan retensi tenaga medis di wilayah tersebut. Adanya tenaga medis yang mengajukan perpanjangan masa tugas belum bisa dikatakan sebagai bukti bahwa program PTT disertai insentif mampu meningkatkan minat tenaga medis untuk terus bertahan di daerah penugasannya, mengingat belum adanya kajian yang berbasis bukti. Sampai saat ini studi yang mengangkat bahasan tentang tingkat retensi atau rata-rata lamanya tenaga kesehatan bertahan di daerah penugasannya terutama yang tergolong DTPK baik untuk PTT maupun PNS masih sangat minim. Demikian pula belum ada studi yang menghitung berapa lama idealnya penugasan tenaga kesehatan untuk daerah dengan kondisi tertentu agar dapat berdampak positif bagi capaian program pelayanan kesehatan setempat.



Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal 21 menyatakan bahwa pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan melalui Peraturan Pemerintah (UURI, 2009). Oleh karenanya dalam mendayagunakan tenaga kesehatan, pemerintah tidak hanya mengatur tentang pendistribusian, pemanfaatan dan pengembangannya tetapi lebih jauh lagi perlu mengatur bagaimana untuk mempertahankan keberadaan tenaga kesehatan di tempat tugasnya. Beberapa teknis pengaturan retensi bagi tenaga kesehatan yang sudah lazim dilaksanakan antara lain perjanjian kerja bagi CPNS untuk mengabdikan di tempat tugasnya selama periode tertentu, penerapan masa bakti PTT dan perjanjian bagi peserta penerima bantuan beasiswa pendidikan untuk kembali ke tempat tugasnya setelah selesai pendidikan. Namun demikian pada umumnya skema tersebut belum terintegrasi dengan pelaksanaan sistem *reward and punishment* yang baik. Sebagai contoh, merujuk pada Laporan Akhir Proyek Kesehatan V: Program Tugas Belajar tahun 2004, bahwa penerapan surat pernyataan kembali ke unit kerja asal sesuai ketentuan yang berlaku cukup efektif mengikat para peserta tubel. Sekitar 99% peserta tugas belajar yang telah lulus kembali ke propinsi pengirim dimana sekitar 74% bertugas kembali di unit kerja pengirim (HP-V, 2004). Namun tidak ada penerapan sanksi yang tegas bagi yang tidak kembali ke tempat penugasan semula sesuai ketentuan.

Strategi retensi seharusnya bisa menyesuaikan dengan kebutuhan khusus dari tenaga kesehatan yang bekerja di jenis layanan yang berbeda dan lokasi yang berbeda pula. Misal pendistribusian dokter Pegawai Tidak Tetap (PTT) ke daerah terpencil di luar pulau Jawa-Bali. Perlu dipertimbangkan paket retensi terintegrasi yang mendorong mereka untuk bertahan disana melalui intervensi finansial, beasiswa dan kesempatan menjadi PNS. Sejauh ini studi terkait retensi masih fokus pada PTT, sedangkan studi retensi bagi PNS yang bekerja di daerah tertinggal masih sangat terbatas. Empat kategori intervensi yang sudah diidentifikasi di atas bisa dipertimbangkan dengan titik berat yang berbeda pada setiap intervensi sesuai dengan kebutuhan tenaga kesehatan di masing-masing wilayah.

## **5. Rekomendasi Kebijakan**

Retensi merupakan isu kompleks yang memerlukan pendekatan multidimensional. Strategi retensi yang efektif memerlukan kerjasama lintas sektor dengan tidak hanya memperhatikan tenaga kesehatannya saja tetapi juga lingkungan sekitar. Pembuat kebijakan memerlukan data yang berbasis bukti yang terkait dengan konteks retensi di negara kita. Dari sisi teknis, langkah pertama yang bisa dilakukan adalah menganalisis faktor penentu dari minat dan retensi tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah tertinggal. Kedua, melakukan identifikasi strategi sumber daya manusia kesehatan, terutama strategi kombinasi yang menjawab permasalahan aktual yang ada. Dari sisi kemauan politik, pemerintah harus bisa melibatkan aktor yang terlibat dalam strategi retensi tenaga kesehatan di daerah tertinggal selain mempersiapkan dukungan berkelanjutan lainnya. Penelitian lebih lanjut terkait dengan lama masa kerja tenaga kesehatan di daerah tertinggal serta preferensi yang membuat mereka bertahan disana perlu dikaji. Penelitian sebaiknya melibatkan berbagai jenis tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat, farmasis dan tenaga kesehatan lain) baik yang berstatus PNS maupun non PNS.

## Daftar Pustaka

- AbuAlRub, R. F., El-Jardali, F., Jamal, D., Iblasi, A. S., & Murray, S. F. (2013). The challenges of working in underserved areas: A qualitative exploratory study of views of policy makers and professionals. *International journal of nursing studies*, 50(1), 73-82.
- Alameddine, M., Saleh, S., El-Jardali, F., Dimassi, H., & Mourad, Y. (2012). The retention of health human resources in primary healthcare centers in Lebanon: a national survey. *BMC health services research*, 12(1), 419.
- Awofeso, N. (2010). Improving health workforce recruitment and retention in rural and remote regions of Nigeria. *Rural And Remote Health*, 10(1), 1319-1319.
- Bakohumas. (2009). Masih Ada 199 Kabupaten Kategori Tertinggal di Indonesia. 10 February 2009, from <http://www.bakohumas.depkominfo.go.id/index.php?nid=360>
- Bappenas. (2011). Sub Direktorat Daerah Tertinggal. 27 Maret 2011, from [http://kawasan.bappenas.go.id/index.php?option=com\\_content&view=category&id=35&layout=blog&Itemid=65#kriteria](http://kawasan.bappenas.go.id/index.php?option=com_content&view=category&id=35&layout=blog&Itemid=65#kriteria)
- Bärnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). "Conditional scholarships" for HIV/AIDS health workers: educating and retaining the workforce to provide antiretroviral treatment in sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med*, 68(3), 544-551. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.11.009
- Bärnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC health services research*, 9, 86-86. doi: 10.1186/1472-6963-9-86
- Buykx, P., Humphreys, J., Wakerman, J., & Pashen, D. (2010). Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health*, 18(3), 102-109. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x
- Chhea, C., Warren, N., & Manderson, L. (2010). Health worker effectiveness and retention in rural Cambodia. *Rural And Remote Health*, 10(3), 1391-1391.
- Chimbari, M., Madhina, D., Nyamangara, F., Mtandwa, H., & Damba, V. (2008). An assessment of the Zimbabwe government strategy for retention of health professionals: EQUINET Discussion Paper.
- Chomitz, K. M. (1998). *What do doctors want?: Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas*: World Bank Publications.
- Dambisya, Y. M. (2007). A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa. *Health Systems Research Group, Department of Pharmacy, School of Health Sciences, University of Limpopo, South Africa*.
- De Vries, E., & Reid, S. (2003). Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *S Afr Med J*, 93(10), 789-793.
- Dieleman M, H. J. (2006). *Improving Health Worker Performance: in search of promising practices*. Geneva: WHO.
- Dolea, C., Stormont, L., & Braichet, J. M. (2010). Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*, 88(5), 379-385. doi: 10.2471/BLT.09.070607
- Ebuehi, O. M., & Campbell, P. C. (2011). Attraction and retention of qualified health workers to rural areas in Nigeria: a case study of four LGAs in Ogun State, Nigeria. *Rural And Remote Health*, 11(1), 1515-1515.
- Efendi, F. (2011). *Factors Affecting Nurses' Retention in Rural and Remote Areas in Indonesia*. (Master Degree), Asia University, Taiwan. Retrieved from

<http://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh1/?docid=U0118-1511201215472305>

- Efendi, F. (2012). Health worker recruitment and deployment in remote areas of Indonesia. *Rural And Remote Health*, 12(2), 2008-2008.
- Equinet. (2006). Retention and Migration Of Health Personnel In Southern Africa Zambia: Regional network for Equity in Health (EQUINET).
- Fang, Y. (2001). Turnover propensity and its causes among Singapore nurses: an empirical study. *International Journal of Human Resource Management*, 12(5), 859-871.
- Frehywot, S., Mullan, F., Payne, P. W., & Ross, H. (2010). Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 364-370. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00335-9 PMID:10075237
- Grobler L, M. B., Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. (2009). Interventions for Increasing The Proportion of Health Professionals Practicing in Rural and Other Underserved Areas *Rural Health Concerns - MedlinePlus Health Information*.
- Hanson, K., & Jack, W. (2010). Incentives Could Induce Ethiopian Doctors And Nurses To Work In Rural Settings. *Health affairs*, 29(8), 1452-1460.
- Hasan Salih Suliman, A.-Q. (2011). Impacts Of New Recruited Doctors Refrain From Working In Rural Remote Areas At Jordan Southern Badia Region. *International Journal of Business and Social Science*, 2(3), n/a.
- HP-V. (2004). Laporan Akhir Tugas Belajar HP-V. Jakarta: Kemenkes.
- Huicho, L., Dieleman, M., Campbell, J., Codjia, L., Balabanova, D., Dussault, G., & Dolea, C. (2010). Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bull World Health Organ*, 88(5), 357-363. doi: 10.2471/BLT.09.070920
- Huicho, L., Miranda, J. J., Diez-Canseco, F., Lema, C., Lescano, A. G., Lagarde, M., & Blaauw, D. (2012). Job Preferences of Nurses and Midwives for Taking Up a Rural Job in Peru: A Discrete Choice Experiment. *PloS one*, 7(12). doi: 10.2471/BLT.09.066290.
- Humphreys, J., Wakerman, J., Kuipers, P., Wells, R., Russell, D., Siegloff, S., & Homer, K. (2009). Improving workforce retention: Developing an integrated logic model to maximise sustainability of small rural and remote health care services. *Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute*.
- Humphreys, J., Wakerman, J., Wells, R., Kuipers, W., Jones, J., Entwistle, P., & Harvey, P. (2007). Improving primary health care workforce retention in small rural and remote communities: How important is ongoing education and training. *Canberra, Australian Primary Health Care Research Institute*.
- Hunt, D. L., & McKibbin, K. A. (1997). Locating and Appraising Systematic Reviews. *Annals of Internal Medicine*, 126(7), 532-538. doi: 10.7326/0003-4819-126-7-199704010-00006
- Ipinge, S., Dambisya, Y. M., Loewenson, R., Chimbari, M., Ndeti, D., Munga, M., . . . Lugina, H. (2009). Policies and incentives for health worker retention in east and southern Africa: learning from country research. *Harare: EQUINET2009*.
- Jack, H., Canavan, M., Ofori-Atta, A., Taylor, L., & Bradley, E. (2013). Recruitment and Retention of Mental Health Workers in Ghana. *PloS one*, 8(2). doi: 10.1371/journal.pone.0057940

- Jamsos. (2013). Distribusi Dokter Tidak Merata Ancam Pelaksanaan BPJS. Retrieved 4 May, 2013, from <http://www.jamsosindonesia.com/newsgroup/selengkapnyadistribusi-dokter-tidak-merata-ancam-pelaksanaan-bpjs-5903>
- KemenPDT. (2005). *Keputusan Menteri Negara Pembangunan Daerah Tertinggal: Strategi Nasional Pembangunan Daerah Tertinggal*. Jakarta: KemenPDT Retrieved from [http://portal.mahkamahkonstitusi.go.id/eLaw/mg58ufsc89hrsg/KepmenPDT\\_001\\_2005.pdf](http://portal.mahkamahkonstitusi.go.id/eLaw/mg58ufsc89hrsg/KepmenPDT_001_2005.pdf).
- Khan, K. S., Kunz, R., Kleijnen, J., & Antes, G. (2003). Five steps to conducting a systematic review. *J R Soc Med*, 96(3), 118-121.
- Kotzee, T., & Couper, I. (2006). What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa. *Rural Remote Health*, 6(3), 581.
- KPDT. (2013). 183 Daerah Tertinggal. Retrieved 9 May 2013, from KPDT <http://www.kemenegpdt.go.id/hal/300027/183-kab-daerah-tertinggal>
- Kurniati, A., & Efendi, F. (2012). *Kajian Sumber Daya Manusia Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lehmann, U., Dieleman, M., & Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle-and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC health services research*, 8(1), 19.
- Lexomboon, D. (2003). *Recruitment and retention of human resources for health in rural areas : a case study of dentists in Thailand*. University of Liverpool, Liverpool. Retrieved from <http://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.288120> (PhD)
- Longombe, A. O. (2009). Medical schools in rural areas--necessity or aberration? *Rural Remote Health*, 9(3), 1131.
- Mackintosh, L. S. (2003). *A study identifying factors affecting retention of midwives in Malawi*. University of Liverpool.
- Mullei, K., Mudhune, S., Wafula, J., Masamo, E., English, M., Goodman, C., . . . Blaauw, D. (2010). Attracting and retaining health workers in rural areas: investigating nurses' views on rural posts and policy interventions. *BMC health services research*, 10 Suppl 1, S1-S1. doi: 10.1186/1472-6963-10-S1-S1
- Munga, M., & Mbilinyi, D. (2008). Non-financial incentives and retention of health workers in Tanzania: Combined evidence from literature review and a focussed cross-sectional study. *Publisher: EQUINET: Network for Equity in Health in Southern Africa*.
- Muula, A. S., & Maseko, F. C. (2005). Survival and retention strategies for Malawian health professionals.
- Ndeti, D. M., Khasakhala, L., & Omolo, J. O. (2008). Incentives for health worker retention in Kenya: an assessment of current practice. *Africa Mental Health Foundation and Institute of Policy Analysis and Research, Dar es Salaam, Kenya*.
- Pas, R. V. D. (2010). *Human resources for health, opportunities & challenges in the Indonesian province of Papua* (Master degree), Royal Tropical Institute, Netherland.
- Peña, S., Ramirez, J., Becerra, C., Carabantes, J., & Arteaga, O. (2010). The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 371-378. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17482-5 PMID:15567015
- Ramírez de Arellano, A. B. (1981). A health "draft": compulsory health service in Puerto Rico. *J Public Health Policy*, 2(1), 70-74.

- Reid, S. (2004). Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals. *Durban: Health Systems Trust*, 1-7.
- Sempowski, I. P. (2004). Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Can J Rural Med*, 9(2), 82-88.
- Serneels, P., Montalvo, J. G., Pettersson, G., Lievens, T., Butera, J. D., & Kidanu, A. (2010). Who wants to work in a rural health post? The role of intrinsic motivation, rural background and faith-based institutions in Ethiopia and Rwanda. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 342-349. doi: 10.1111/j.1440-1584.1997.tb00267.x PMID:9444118
- Sheikh, K., Rajkumari, B., Jain, K., Rao, K., Patanwar, P., Gupta, G., . . . Sundararaman, T. (2012). Location and vocation: why some government doctors stay on in rural Chhattisgarh, India. *International Health*, 4(3), 192-199. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.inhe.2012.03.004>
- Strasser, R. P., Lanphear, J. H., McCready, W. G., Topps, M. H., Hunt, D. D., & Matte, M. C. (2009). Canada's new medical school: The Northern Ontario School of Medicine: social accountability through distributed community engaged learning. *Academic Medicine*, 84(10), 1459-1464.
- Sundararaman, T., & Gupta, G. (2011). Indian approaches to retaining skilled health workers in rural areas. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 89(1), 73-77. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60325-0 PMID:17586307
- UURI. (2009). *Undang-undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan*.
- Waldman, J. (2006). Change your metrics: if you get what you measure, then measure what you want - retention. *J Med Pract Manage*, 22(1), 13-19.
- Waldman, J., & Arora, S. (2004). Measuring retention rather than turnover: A different and complementary HR calculus. *Human Resource Planning*, 27(3), 6-9.
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC health services research*, 8(1), 247.
- Wiwanitkit, V. (2011). Mandatory rural service for health care workers in Thailand. *Rural Remote Health*, 11(1), 1583.
- World Bank. (2009). Indonesia's doctors, midwives and nurses: current stock, increasing needs, future challenges and options: The World Bank Jakarta.
- World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: working together for health*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*: World Health Organization.
- Zurn, P., Codjia, L., Sall, F. L., & Braichet, J.-M. (2010). How to recruit and retain health workers in underserved areas: the Senegalese experience. *Bull World Health Organ*, 88(5), 386-389. doi: 10.2471/BLT.09.070730

### **Biografi Penulis**

**Ferry Efendi** adalah dosen di Fakultas Keperawatan Unair yang mengampu mata ajar Keperawatan Kesehatan Komunitas. Penulis telah mempublikasikan 2 buku bidang keperawatan serta telah menulis di jurnal internasional dan nasional terkait SDM Kesehatan dan keperawatan di Indonesia. Karya terakhir penulis adalah buku berjudul kajian SDM Kesehatan di Indonesia.

**Anna Kurniati** adalah kepala bidang perencanaan SDM Kesehatan di Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan. Penulis merupakan anggota tim koordinasi dan fasilitasi pengembangan tenaga kesehatan di Indonesia. Penulis juga terlibat sebagai penyusun buku *Human Resources for Health Country Profile of Indonesia* yang didukung oleh WHO South-East Asia Regional Office (SEARO).