

ARTIKEL PENELITIAN

Asimetri Supply dan Demand dalam Pemenuhan serta Pemerataan Dokter di Puskesmas di Jawa Barat

**Elsa Pudji Setiawati, Nita Arisanti, Insi Farisa Desy Arya,
Lukman Hilfi, Sekar Ayu Paramita**

Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran

Abstrak

Pada implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan harus ditangani di pelayanan kesehatan primer terlebih dahulu. Puskesmas merupakan bentuk pelayanan kesehatan primer yang dituntut memberikan pelayanan kesehatan berkualitas dan prima. Sumber daya manusia (SDM) adalah faktor penting dalam pencapaian kinerja. Manajemen SDM membahas ketersediaan SDM sesuai dengan kualifikasi, kompetensi, dan motivasi. Tujuan penelitian ini menganalisis kesenjangan antara kebutuhan dan ketersediaan dokter di pelayanan kesehatan primer. Penelitian menggunakan metode deskriptif untuk menjelaskan kesenjangan kebutuhan dokter ditinjau dari standar dokter dengan jumlah penduduk, ketersediaan dokter dan puskesmas terhadap jumlah penduduk, serta minat dokter bekerja di puskesmas pada era implementasi JKN. Penelitian dilakukan di Kota Bandung pada April–Mei 2015. Hasil kajian menyatakan terdapat kesenjangan antara kebutuhan dokter di puskesmas dan dokter yang berminat bekerja di puskesmas. Penyebab minat dokter yang bekerja di layanan primer rendah disebabkan oleh ketidakjelasan pengembangan profesionalisme; ketidakpuasan pembayaran sistem kapitasi; lingkungan kerja kurang menyenangkan; beban kerja yang tinggi; pendapatan berdasar atas jasa medis yang diterima rendah; dan proses pendidikan yang kurang membangun minat untuk bekerja di layanan primer. Simpulan, terdapat kesenjangan kebutuhan dokter di puskesmas dengan dokter yang berminat bekerja di puskesmas. Disarankan memperbanyak program pada masa pendidikan kedokteran yang dapat membangun minat bekerja di layanan primer.

Kata kunci: Dokter, pelayanan kesehatan primer, rekrutmen, *supply demand*

Asymetri of Supply and Demand for Distribution of Medical Doctor in Primary Health Care in West Java

Abstract

The implementation of the National Health Insurance required people who need health services to be treated first in primary health care (PHC). PHC required quality health services and one of the important factor was human resources. Human resources management was needed to ensure the adequacy of human resources both in quantity and quality, the availability of appropriate qualification, competence and motivation to work in an organizational unit. The objective of this study was to analyze the gap between supply and demand of the doctors working in PHC. This study was a case report using descriptive methods, to explain the gap between supply and demand of the doctors in term of the standard for population, availability the doctors and PHC. The study was conducted in Bandung City during April–May 2015. The study found that there was a gap between the supply and demand of doctors who were interested to work in PHC. The reason of low interest doctors working in PHC among others were, uncertain professional development; dissatisfaction on capitation payment system; less convenient work environment; the high workload and too many government programs; low income based on medical services cost; and the process of education in medical school were delivered to make less interest to work in PHC. In conclusion, there is gap between supply and demand of doctor to work in PHC. The recommendation is encouraging interaction between the medical students with the primary care services to build the medical student's motivation.

Key words: Doctor, primary health care, recruitment, supply demand

Korespondensi: Nita Arisanti. Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran Bandung. E-mail: nita.arisanti@unpad.ac.id

Pendahuluan

Pada tahun 2005, seluruh negara yang tergabung dalam Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) sudah berkomitmen mengimplementasikan dan mencapai *Universal Health Coverage* (UC). Bentuk operasionalisasi UC adalah seluruh masyarakat dapat memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya.¹ Sejak tanggal 1 Januari 2014 Indonesia mengimplementasikan Jaminan Kesehatan Semesta yang dilaksanakan secara bertahap yang diharapkan UC pada tahun 2019 sudah mampu mencakup seluruh masyarakat Indonesia sesuai dengan peta jalan menuju UC 2019.²

Pada *Declaration of Alma Ata*, September tahun 1978, Deklarasi VI menyatakan bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat dapat dicapai melalui pelayanan kesehatan primer. Salah satu bentuk pelayanan kesehatan primer pada tatanan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah puskesmas. Puskesmas memiliki peranan penting dalam SKN khususnya pada upaya program kesehatan, tetapi untuk dapat menyukseskan JKN itu, puskesmas perlu ditata ulang baik untuk meningkatkan akses masyarakat, peningkatan keterjangkauan, dan peningkatan mutu pelayanan.³

Puskesmas itu merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang bertujuan melaksanakan upaya kesehatan baik perorangan maupun masyarakat yang lebih mengutamakan pelayanan promotif dan juga preventif.³ Puskesmas yang merupakan organisasi layanan kesehatan harus memiliki kinerja yang tinggi karena puskesmas dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan pelayanan prima pada pasien. Sumber daya manusia yang berada di puskesmas merupakan faktor yang paling penting dalam upaya pencapaian kinerja tersebut.⁴ Salah satu sumber daya kesehatan yang merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di puskesmas adalah tenaga dokter. WHO menyatakan bahwa keberhasilan bagi pelayanan kesehatan di tingkat primer membutuhkan tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan motivasi yang tinggi. Selain itu, untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu baik ditinjau berdasar atas efikasi, efisiensi, aksesibilitas, dan kontinuitas sangat bergantung pada kinerja tenaga kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan. Reformasi pelayanan kesehatan primer dan permasalahan

sumber daya kesehatan tidak hanya terjadi di Indonesia. Kondisi ini juga terjadi di negara maju seperti Kanada dan Australia. Dalam dua dekade terakhir terjadi pergeseran sumber daya kesehatan di Australia dari berkecukupan menjadi kurang. Beberapa alasan dokter kurang ingin bekerja di layanan primer antara lain kondisi geografis dibandingkan dengan jumlah penduduk yang harus dijangkau. Luasnya daerah menyebabkan dokter tidak dapat menjangkau seluruh populasi dalam wilayah kerjanya.⁵ Kendala geografis juga terjadi di Indonesia termasuk di Jawa Barat. Permasalahan lainnya adalah pendapatan dokter yang bekerja di layanan primer itu rendah serta persaingan antara institusi pelayanan kesehatan primer dan rumah sakit. Kedua permasalahan tersebut menyebabkan rekrutmen dan retensi dokter untuk bekerja di layanan primer rendah.

Manajemen terhadap sumber daya manusia atau SDM pada pelayanan kesehatan primer menjadi hal yang penting. Manajemen SDM membahas ketersediaan SDM yang sesuai dengan kualifikasi, kompetensi, dan juga motivasi bekerja sebagai tenaga kerja pada suatu unit organisasi.⁶ Tujuan penelitian ini adalah melakukan analisis kesenjangan antara kebutuhan dan ketersediaan dokter yang bekerja di pelayanan kesehatan primer.

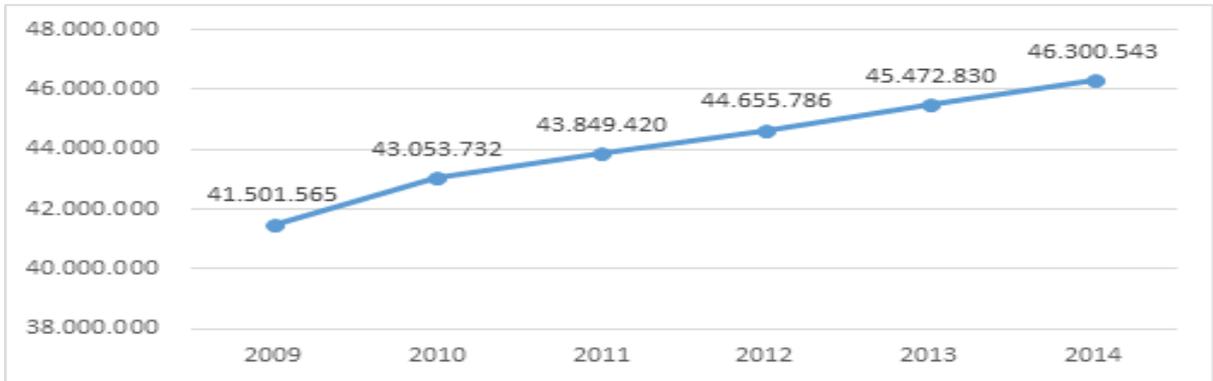
Metode

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif untuk menjelaskan kesenjangan atas kebutuhan dokter ditinjau dari standar dokter terhadap jumlah penduduk, ketersediaan dokter dan juga puskesmas terhadap jumlah penduduk, serta minat dokter untuk bekerja di puskesmas pada era implementasi JKN.

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang berasal dari Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009 sampai 2013, data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2014, data sekunder dari proses rekrutmen dokter pegawai tidak tetap tahun 2014 dan 2015 di Kota Bandung, Provinsi Jawa Barat. Penelitian dilakukan selama April sampai dengan Mei 2015.

Hasil

Jumlah penduduk di Jawa Barat sejak tahun 2009 sampai dengan 2014 terus meningkat. Data pada tahun 2012 menunjukkan Kabupaten Bogor merupakan Kabupaten dengan jumlah penduduk



Gambar 1 Pertambahan Jumlah Penduduk Jawa Barat Tahun 2009–2014

terbanyak di Provinsi Jawa Barat, yaitu 5.122.473 jiwa dan Kabupaten Purwakarta itu merupakan Kabupaten dengan jumlah penduduknya paling sedikit 894.106 jiwa untuk kelompok kabupaten. Pada kelompok kota, Kota Bekasi itu memiliki penduduk yang terbanyak, yaitu 2.523.031 jiwa dan Kota Banjar memiliki jumlah penduduk yang paling sedikit sebanyak 180.481 penduduk. Gambaran jumlah penduduk di Jawa Barat sejak tahun 2009 sampai dengan tahun 2014 dapat dilihat pada Gambar 1.

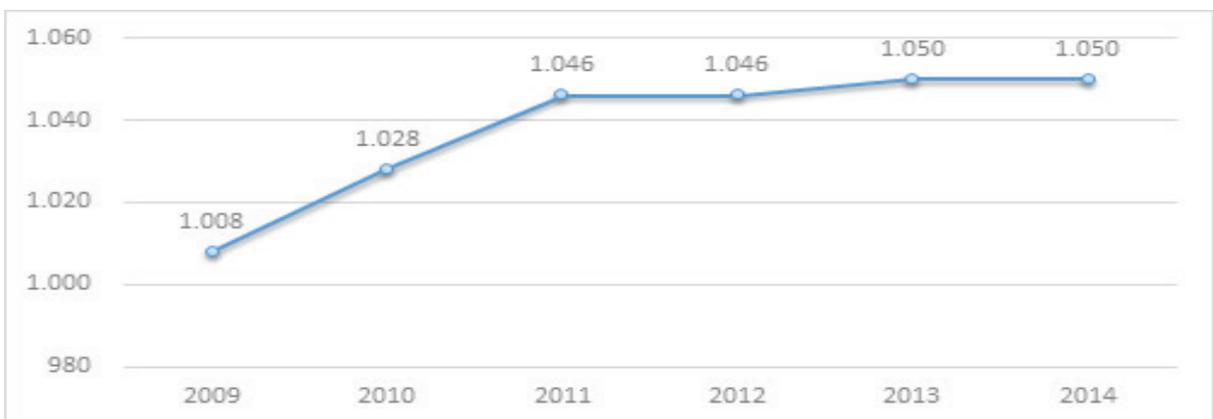
Pertambahan jumlah penduduk yang terjadi di Provinsi Jawa Barat mengharuskan sumber daya kesehatan, baik SDM maupun sarana prasarana pelayanan kesehatan bertambah. Berdasar atas data Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009 sampai 2014, pertambahan jumlah puskesmas tidak sejalan dengan jumlah penduduk. Berdasar atas standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, satu puskesmas melayani sekitar 30.000 penduduk. Puskesmas di Provinsi Jawa Barat tahun 2009 berjumlah 1.008, meningkat menjadi 1.050 pada tahun 2013. Pada

tahun 2014 tidak terdapat penambahan jumlah puskesmas dan jumlahnya tetap 1.050.

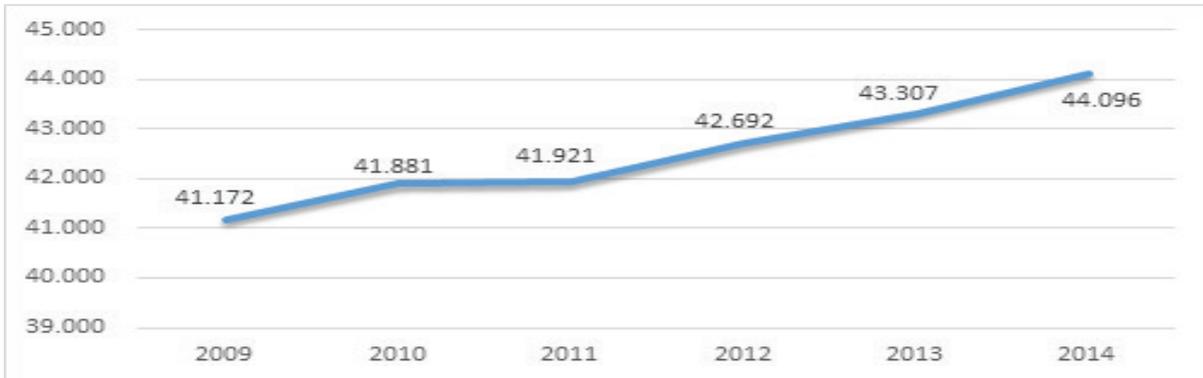
Penambahan puskesmas sejumlah 42 selama 5 (lima) tahun tidak sejalan dengan pertambahan jumlah penduduk rata-ratanya sehingga jumlah penduduk yang berada di dalam wilayah kerja puskesmas itu semakin lama menjadi semakin banyak. Gambaran jumlah penduduk rata-rata yang dilayani oleh setiap puskesmas di Provinsi Jawa Barat dapat dilihat pada Gambar 3.

Berdasar atas Gambar 3 tersebut dapat terlihat bahwa jumlah penduduk dalam wilayah kerja puskesmas sejak tahun 2009 itu sudah melebihi standar yang ditetapkan. Kecepatan pertumbuhan penduduk yang tidak sejalan dengan kecepatan pertumbuhan puskesmas mengakibatkan pada tahun 2014 jumlah penduduk yang dibina oleh puskesmas akan mendekati 1,5 kali standar yang ditetapkan.

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, baik itu milik pemerintah maupun swasta pada implementasi JKN merupakan suatu keharusan. Puskesmas sebagai salah satu fasilitas kesehatan



Gambar 2 Pertambahan Puskesmas di Jawa Barat Tahun 2009–2014



Gambar 3 Jumlah Penduduk Rata-rata yang Ditangani oleh Satu Puskesmas pada Tahun 2009–2014

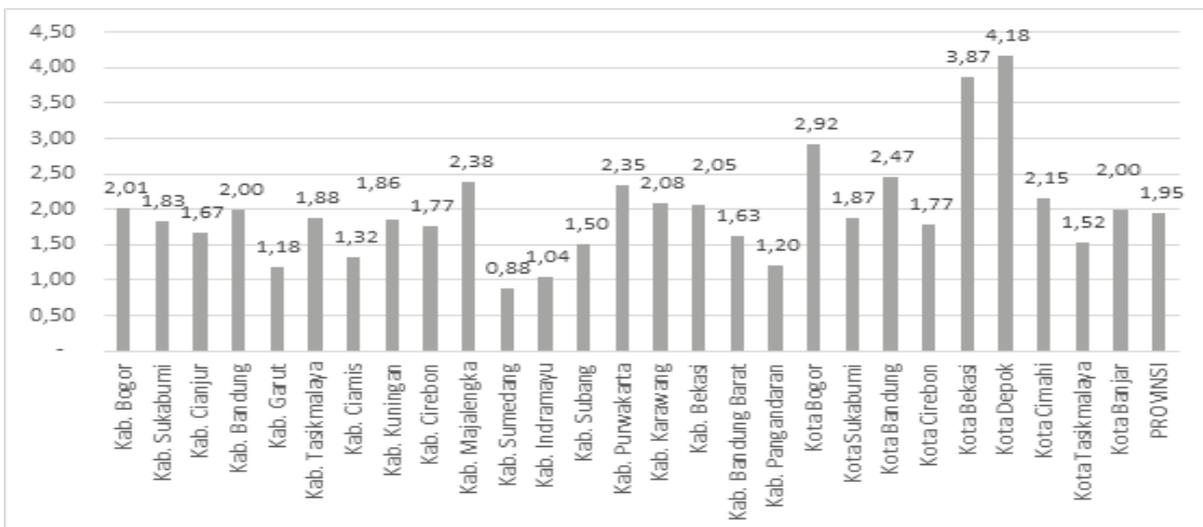
tingkat pertama adalah ujung tombak untuk pelayanan kesehatan primer tersebut. Keberadaan dokter di puskesmas sebagai tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat merupakan salah satu pilar keberhasilan JKN. *World Health Organization* (WHO) menetapkan rasio dokter terhadap 100.000 penduduk adalah sebanyak 40 atau satu orang dokter membina 2.500 penduduk. Berdasar atas data ketenagaan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat pada tahun 2014, jumlah dokter rata-rata per puskesmas di Provinsi Jawa Barat adalah 1,95. Kabupaten/kota dengan jumlah dokter rata-rata di puskesmas yang terbanyak adalah Kota Depok sebesar 4,18 dan yang terendah Kabupaten Sumedang sebesar 0,88 seperti terlihat pada Gambar 4.

Bila jumlah dokter praktik umum di Provinsi Jawa Barat dibandingkan dengan jumlah 100.000

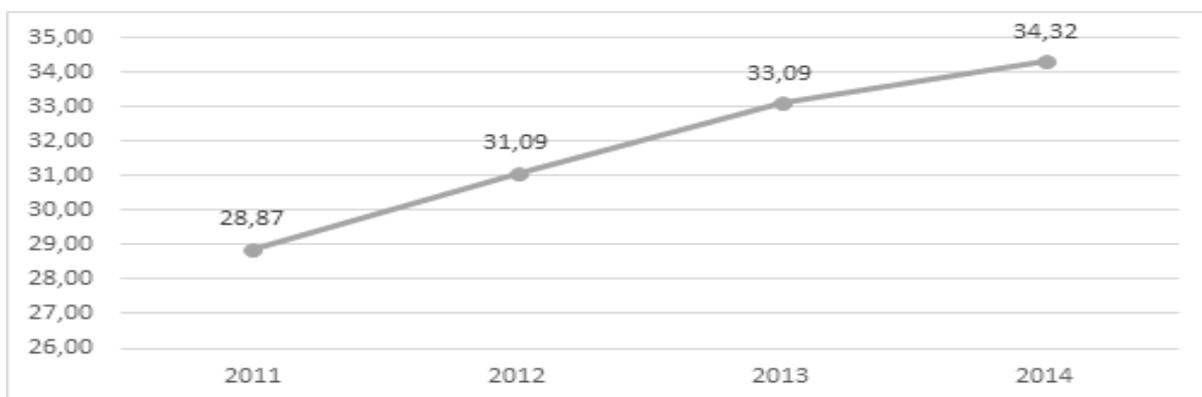
penduduk maka sejak tahun 2009–2014 terdapat peningkatan walaupun masih belum memenuhi standar WHO.

Kekurangan tenaga dokter itu terjadi secara kuantitas dan distribusi yang tidak merata. Salah satu sebab tenaga dokter di puskesmas kurang adalah minat lulusan fakultas kedokteran rendah untuk bekerja di layanan primer, khususnya puskesmas. Keadaan tersebut juga terlihat pada proses rekrutmen dokter PTT fungsional di Kota Bandung pada tahun 2014 dan tahun 2015.

Proses rekrutmen tersebut di atas didahului oleh perencanaan, penetapan kriteria dokter PTT, penetapan persyaratan administratif, dan juga standar kompetensi. Pada tahun 2014 setelah dilakukan perencanaan sumber daya manusia oleh dinas kesehatan dibutuhkan 147 dokter dan tahun 2015 dibutuhkan 135 dokter praktik



Gambar 4 Jumlah Dokter Rata-rata per Puskesmas di Kabupaten/Kota di Jawa Barat Tahun 2014



Gambar 5 Rasio Dokter per 100.000 Penduduk Jawa Barat Tahun 2011–2014

umum. Setelah tenggat waktu pendaftaran secara *online* yang mendaftar pada tahun 2014 hanya 56 dan 42 pada tahun 2015. Setelah dilakukan ujian tulis sebanyak 36 orang yang lulus pada tahun 2014 dan 42 orang pada tahun 2015.

Tahap akhir proses rekrutmen dokter PTT adalah dengan wawancara. Isi wawancara meliputi motivasi, bagaimana rencana pengembangan diri dihubungkan dengan kebutuhan institusi, serta perencanaan pengembangan karir dan dukungan keluarga terhadap pekerjaan yang akan dijalani. Pada tahun 2014, dari 36 peserta yang lulus ujian tulis, terdapat 2 peserta yang menyatakan tidak akan menandatangani kontrak kerja dikarenakan harus bekerjanya di puskesmas. Kedua peserta tersebut ingin melakukan negosiasi dengan Dinas Kesehatan untuk dapat diterima dan bekerja di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah. Pada tahun 2015, seluruh peserta yang lulus ujian tulis hadir pada proses wawancara. Berdasar atas hasil wawancara pada tahun 2014 sebanyak 36 orang dinyatakan lulus dan pada tahun 2015 terdapat 40 orang dinyatakan lulus.

Berdasar kebutuhannya baik pada tahun 2014 maupun pada tahun 2015 terdapat kesenjangan kebutuhan dokter PTT di puskesmas dengan mereka yang berminat untuk bekerja sebagai dokter PTT di puskesmas.

Pembahasan

Pelayanan Kesehatan Primer sejak dicanangkan Deklarasi Alma Alta sudah berlangsung lebih dari 30 tahun. Pada tahun 2008, WHO menyatakan lagi bahwasanya pelayanan kesehatan primer merupakan pendekatan yang efektif dan efisien untuk memelihara kesehatan masyarakat serta mencegah terjadi penyakit.⁷ Implementasi JKN

menggunakan konsep pelayanan yang terstruktur dan juga berjenjang menempatkan pelayanan kesehatan primer adalah sebagai kontak pertama masyarakat dengan fasilitas kesehatan. Di pihak lain kesenjangan yang terjadi antara kebutuhan tenaga dokter pada layanan primer dan mereka yang mau untuk bekerja di layanan primer cukup tinggi. Peranan dokter di layanan primer menjadi penting, selain keberadaannya juga disebabkan oleh kompetensinya. Pelayanan kesehatan primer lebih banyak menggunakan peralatan sederhana sehingga hal tersebut bergantung pada dokter yang memiliki kemampuan serta kualitas yang baik sangatlah tinggi.⁷

Peta jalan menuju *Universal Coverage* tahun 2019 terdiri atas 2 bagian utama, yaitu periode 2012–2014 dan juga periode 2015–2019. Pada periode 2012–2014 fokus utamanya adalah pada penyiapan dan implementasi BPJS, sedangkan pada periode 2015–2019 fokus penyelenggaraan JKN terhadap perluasan kepesertaan. Salah satu dari enam kegiatan pokok untuk mencapai *Universal Coverage* adalah peningkatan kualitas dan distribusi pelayanan kesehatan. Upaya yang dilaksanakan oleh pemerintah untuk memenuhi hal tersebut adalah dengan mencukupi jumlah fasilitas kesehatan dan melakukan pemerataan distribusi fasilitas kesehatan.²

Berdasarkan atas Gambar 1, 2, dan 3 terlihat percepatan pertumbuhan penduduk di Provinsi Jawa Barat tidaklah sejalan dengan percepatan pertumbuhan jumlah puskesmas tersebut. Jumlah penduduk rata-rata yang dibina oleh puskesmas sejak tahun 2009 sampai 2014 bertambah lama bertambah besar yang seharusnya semakin lama akan semakin memperdekat nilai standar yang ditetapkan, yaitu 1 puskesmas membina 30.000 penduduk. Untuk mampu mengejar kebutuhan

jumlah puskesmas yang sesuai standar tersebut dibutuhkan kemauan dan komitmen Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Daerah Provinsi supaya mengalokasikan APBD masing-masing untuk dapat membangun puskesmas dan juga mampu meningkatkan puskesmas pembantu tersebut menjadi puskesmas induk. Keterbatasan dana yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah baik tingkat kabupaten/kota maupun tingkat provinsi mengharuskan dilakukan prioritas anggaran.

Penambahan jumlah puskesmas itu tentunya juga harus diikuti dengan penambahan jumlah dokter, hal ini dikarenakan puskesmas sebagai salah satu fasilitas kesehatan di tingkat primer tidak hanya menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat, tetapi mampu melaksanakan upaya kesehatan perorangan.⁸ Salah satu peran dokter di puskesmas adalah menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan. Berdasarkan atas hasil penelitian terhadap proses rekrutmen dokter PTT pada tahun 2014 dan tahun 2015 didapatkan minat para dokter untuk bekerja di puskesmas rendah, hanyalah 20% sampai 25% dari jumlah dokter yang dibutuhkan. Permasalahan minat para tenaga kesehatan untuk bekerja di layanan primer rendah tidak hanya terjadi di Provinsi Jawa Barat, tetapi juga di provinsi lainnya dan juga menjadi permasalahan di negara lain.⁹ Dari hasil penelitian di Lebanon, lima permasalahan paling utama sebagai penyebab tenaga kesehatan yang berminat bekerja di layanan primer rendah adalah pemahaman para tenaga kesehatan yang rendah terhadap konsep, ruang lingkup kerja di layanan primer, permasalahan rekrutmen, permasalahan rendahnya retensi dokter yang sudah bekerja di layanan primer, tantangan yang harus dihadapi oleh dokter saat bekerja di puskesmas di daerah pedesaan, dan komitmen dari pengandil. Permasalahan retensi dokter rendah antara lain disebabkan oleh pendapatan mereka rendah saat bekerja di layanan primer, lingkungan kerja yang tidak menyenangkan, dan ketidakjelasan pengembangan profesionalisme saat bekerja di layanan primer.⁹ Penelitian di Australia mengemukakan bahwa dokter yang ingin praktik di layanan primer menginginkan fasilitas yang dapat menjamin kehidupan mereka dan keluarganya.¹⁰ Ketidakmauan untuk bekerja di pedesaan karena tantangan yang harus dihadapi tidak sejalan dengan data yang diperoleh pada kajian ini. Berdasar atas Gambar 5, didapatkan rasio dokter per puskesmas di daerah perkotaan di Jawa Barat tidak lebih baik dibanding dengan

beberapa kabupaten lain. Kabupaten Majalengka dan Bogor memiliki jumlah dokter puskesmas rata-rata yang lebih baik dibanding dengan Kota Cirebon, Sukabumi, dan juga Tasikmalaya. Minat lulusan fakultas kedokteran yang rendah untuk mau bekerja di layanan primer tidak terlepas dari proses pendidikan pada saat mereka berada di fakultas kedokteran dan distribusi fakultas kedokteran, pelayanan kesehatan tempat mereka bekerja, serta manajemen dan kepemimpinan di pelayanan kesehatan primer.^{11,12}

Dengan diberlakukannya JKN, pembayaran pelayanan kesehatan di layanan primer termasuk puskesmas dilaksanakan dengan sistem kapitasi. Tujuan diberlakukannya sistem kapitasi adalah agar pelayanan kesehatan dapat menjadi lebih efisien dengan berorientasi pada pencegahan. Berdasar atas hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Donggala, Provinsi Sulawesi Tengah didapatkan hasil bahwasanya dokter puskesmas memiliki pengetahuan yang baik terhadap sistem pembayaran kapitasi, tetapi 57,7% responden menyatakan ketidakpuasannya. Ketidakpuasan responden itu disebabkan oleh keterlambatan pembayaran, nilainya yang kecil, dan juga jumlah masyarakat yang mereka bina tidak transparan.¹³ Penelitian di Inggris menyatakan bahwa dengan gaji yang tinggi performa dokter akan lebih baik lagi.^{14,15} Penelitian mengenai manajemen sumber daya manusia atau SDM pada layanan primer yang dilaksanakan di India mendapatkan hasil bahwa sumber daya manusia yang bekerja di layanan primer memiliki beban kerja yang lebih tinggi dan meningkat dibanding dengan yang sebelumnya serta berbagai program kesehatan yang direncanakan oleh pemerintah bertambah.⁹

Keberhasilan program JKN itu akan sangat bergantung pada strategi pemenuhan sumber daya kesehatan pada layanan primer.¹⁶ Strategi pemenuhan tenaga dokter di Kota Bandung sudah dilakukan dengan baik dalam bentuk melakukan pengumuman secara terbuka. Pada tahun 2014, pengumuman *online* dilakukan selama 5 hari, tetapi pada tahun 2015 pengumuman dilakukan selama 14 hari. Walaupun periode pendaftaran telah diperpanjang, tetapi tidak menunjukkan peningkatan yang bermakna mengenai jumlah pendaftar. Jumlah pendaftar tersebut yang tidak memenuhi kebutuhan tidak memengaruhi proses seleksi baik dalam bentuk ujian tulisan maupun wawancara, keduanya tetap berlangsung sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Hal ini dilakukan supaya sumber daya yang dibutuhkan

tidak hanya memenuhi aspek kuantitas, tetapi juga memenuhi aspek kualitas, yaitu dokter yang memiliki kompetensi untuk bekerja di layanan primer.

Minat para dokter yang bekerja di layanan primer rendah di antaranya disebabkan oleh ketidakjelasan pengembangan profesionalisme; ketidakpuasan pada pembayaran sistem kapitasi; lingkungan kerja kurang menyenangkan; beban kerja yang tinggi; pendapatan berdasar jasa medis yang diterima rendah; dan proses pendidikan yang kurang membangun minat untuk bekerja di layanan primer.

Berdasarkan atas penelitian ini disarankan untuk dikembangkan pendidikan lanjutan bagi dokter yang bekerja di layanan primer sehingga dokter yang bekerja di layanan primer memiliki pengembangan profesionalisme seperti halnya pendidikan spesialisasi lainnya yang bekerja di layanan sekunder dan di layanan tersier. Bagi Fakultas Kedokteran dapat dikembangkan kurikulum yang membangun minat peserta didik untuk mau bekerja di layanan primer dengan proporsi pengenalan berbagai kasus klinis dalam tatanan pelayanan kesehatan di puskesmas dan klinik lebih diperbanyak jika dibanding dengan tatanan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Bagi Dinas Kesehatan diperlukan kerja sama pelayanan kesehatan primer sebagai wahana pendidikan kedokteran yang memenuhi syarat syarat pendidikan.

Simpulan

Simpulan kajian ini adalah terdapat kesenjangan kebutuhan dokter di puskesmas dengan dokter yang berminat bekerja di puskesmas.

Daftar Pustaka

1. WHO. The World Health report 2013. The research for the universal health coverage. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2013.
2. Kementerian Kesehatan RI. Bahan paparan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Untuk Indonesia yang Lebih Sehat. Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas.
4. Thompson JM. Manajemen strategis sumber daya manusia. Dalam: Buchbinder SB, Shanks NH, penyunting. Buku ajar manajemen pelayanan kesehatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2008. hlm. 215–7.
5. Regan S, Wong ST, Watson DE. Public perspectives on health human resources in primary healthcare: context, choices and change. *Health Policy*. 2010;5(3):e162–72.
6. Kumar P, Khan AM. Human resource management in primary health care setting. *Health Popul Perspect Issue*. 2013;36(1&2): 66–76.
7. Alameddine M, Saleh S, El-Jardali F, Dimassi H, Mourad Y. The retention of health human resources in primary healthcare centers in Lebanon: a national survey. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:419.
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta: Depkes RI; 2009.
9. Alameddine M, Khodr H, Mourad Y, Yassoub R, Abi Ramia J. Upscaling the recruitment and retention of human resources for health at primary healthcare centres in Lebanon: a qualitative study. *Health Soc Care Community*. 2016;24(3):353–62.
10. Laurence CO, Williamson V, Sumner KE, Fleming J. "Latte rural": the tangible and intangible factors important in the choice of a rural practice by recent GP graduates. *Rural Remote Health*. 2010;10(2):1316.
11. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Potret ketersediaan dan kebutuhan tenaga dokter. Jakarta: Research and Development Team HPEQ Project, Dirjen Dikti Kemdikbud RI; 2010.
12. Awofeso N. Improving health workforce recruitment and retention in rural and remote regions of Nigeria. *Rural Remote Health*. 2010;10(1):1319.
13. I Gede Made Wintara, Julita Hendartini. Determinan kepuasan dokter puskesmas terhadap sistem pembayaran kapitasi peserta wajib PT Askes di Kabupaten Donggala Provinsi Sulawesi Tengah. *JMPK*. 2005; 08(02):1–6.
14. Ding A, Hamm M, Sibbald B. Profile of English salaried GPs: labour mobility and practice performance. *B J Gen Pract*. 2008; 58(546):20–5.
15. Geue C, Skatun D, Sutton M. Economic influences on GPs' decisions to provide out-of-

- hours care. *Br J Gen Pract.* 2009;59(558):e1–7.
16. Ali Ghufron Mukti. Tantangan pengembangan pelayanan kesehatan primer dalam menunjang pelaksanaan SJSN dan SKN. Seminar Tantangan Pelaksanaan dan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Primer dan BPJS. Jakarta, September, 2014.