

## Analisis Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan

Muhammad Pandu Aditya, Asmaripa Ainy<sup>✉</sup>, Siti Halimatul Munawarah

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, Jl. Raya Palembang-Prabumulih KM 32 Inderalaya, Kabupaten Ogan Ilir, Sumatera Selatan.

### Informasi Artikel

Diterima 30-01-2025

Disetujui 27-03-2025

Diterbitkan 31-03-2025

### Kata Kunci

Perencanaan, SDM Kesehatan (SDMK), Tenaga Kesehatan Masyarakat, Kebutuhan Tenaga Kesehatan Masyarakat

### e-ISSN

2613-9219

### Akreditasi Nasional

SINTA 4

### Keyword

Planning, Human Resources for Health, Public Health Workforce, Public Health Workforce Need

### Corresponding author

[asmaripa\\_ainy@fkm.unsri.ac.id](mailto:asmaripa_ainy@fkm.unsri.ac.id)

### Abstrak

**Latar belakang:** Perencanaan sumber daya manusia kesehatan (SDMK) bertujuan untuk menjamin ketersediaan, distribusi, dan kualitas tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan wilayah. Namun, Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan masih menghadapi tantangan berupa kekurangan tenaga kesehatan, keterbatasan anggaran, serta distribusi yang tidak merata. Berdasarkan peta kebutuhan tenaga kesehatan di wilayah Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan tahun 2024, terdapat kekurangan sebanyak 481 tenaga kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan. Tenaga kesehatan masyarakat yang mengalami kekurangan tersebut terdiri dari tenaga epidemiologi, promosi kesehatan (promkes), kesehatan kerja (kesja), dan administrasi kesehatan (adminkes). **Metode:** Metode yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan menganalisis data yang dikumpulkan dari wawancara mendalam dengan informan yang dipilih berdasarkan keterlibatan langsung dalam program tersebut, meliputi Kepala Seksi SDMK, Penanggung Jawab Program Renbut, dan Penanggung Jawab Program SISDMK di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan pada bulan Januari 2025. **Hasil:** Ketidaksihinggaan prosedur dalam pengusulan dan persetujuan formasi tenaga kesehatan di tingkat kabupaten/kota mengakibatkan ketimpangan dalam jumlah, jenis, distribusi, dan kualifikasi tenaga kesehatan. Pergantian tenaga perencana yang sering terjadi mengurangi konsistensi dan kompetensi, yang pada gilirannya mempengaruhi pemanfaatan data dan sistem informasi. Keterbatasan anggaran menjadi hambatan utama dalam merencanakan kebutuhan tenaga kesehatan yang optimal. Selain itu, kurangnya integrasi sistem informasi SDMK dan data yang tidak lengkap menghambat analisis kebutuhan, yang diperburuk oleh terbatasnya pelatihan bagi pengelola sistem informasi. **Kesimpulan:** Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan menghadapi hambatan akibat perbedaan kebijakan, kompetensi, serta pergantian tenaga perencana, keterbatasan anggaran, dan sistem informasi yang belum terintegrasi.

### Abstract

**Background:** Human resource planning in the health sector (SDMK) aims to ensure the availability, distribution, and quality of healthcare personnel by regional needs. However, districts and cities in South Sumatera continue to face challenges, including shortages of healthcare personnel, budget constraints, and uneven distribution. Based on the 2024 healthcare workforce needs assessment conducted by the Provincial Government of South Sumatera, there is a shortage of 481 public health personnel across districts and cities in the province. The shortage includes epidemiologists, health promotion (*promkes*) officers, occupational health (*kesja*) specialists, and health administration (*adminkes*) staff. **Method:** The method employed is qualitative, analyzing data collected from in-depth interviews with informants selected based on their direct involvement in the program. These informants include the Head of the SDMK Section, the Person in Charge of the Renbut Program, and the Person in Charge of the SISDMK Program at the South Sumatera Provincial Health Office in January 2025. **Results:** Discrepancies in procedures for proposing and approving healthcare workforce formations at the district/city level have resulted in imbalances in the number, types, distribution, and qualifications of healthcare personnel. Frequent turnover of planning personnel reduces consistency and competency, which in turn affects the use of data and information systems. Budget constraints remain the primary obstacle to effectively planning healthcare workforce needs. Furthermore, the lack of integration in the SDMK information system and incomplete data hinder workforce needs analysis, exacerbated by limited training for information system managers. **Conclusion:** The planning of public health workforce needs in districts and cities of South Sumatera Province faces obstacles due to policy inconsistencies, competency gaps, high turnover of planning personnel, budget constraints, and a lack of integration in the information system.

## PENDAHULUAN

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes) Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan (SDMK) memberikan definisi mengenai SDMK sebagai individu yang bekerja di sektor kesehatan dengan latar belakang pendidikan formal atau nonformal, di mana beberapa posisi memerlukan kewenangan khusus. Kebutuhan SDMK merujuk pada jumlah dan jenis tenaga yang dibutuhkan untuk memenuhi beban kerja tertentu. Perencanaan kebutuhan SDMK dilakukan secara sistematis untuk menetapkan jumlah, jenis, dan kualifikasi tenaga yang sesuai dengan situasi daerah guna mendukung tujuan pembangunan kesehatan. Proses perencanaan ini dilakukan secara berjenjang, dimulai dari tingkat institusi, kabupaten/kota, provinsi, hingga tingkat nasional. Di tingkat kabupaten/kota, perencanaan mencakup analisis kebijakan, jenis, jumlah, dan kualifikasi SDMK, kompetensi tenaga perencana, serta dukungan pembiayaan. Perencanaan ini sangat penting untuk memastikan ketersediaan, distribusi, dan kualitas tenaga kesehatan [1].

Penelitian sebelumnya di Puskesmas Kabupaten Jember menunjukkan bahwa kekurangan tenaga kesehatan berujung pada tingginya beban kerja pada SDM Kesehatan dan berdampak pada kualitas pelayanan [2]. Ketidakmampuan Puskesmas dalam merekrut tenaga kesehatan secara mandiri terjadi akibat keterbatasan anggaran serta perbedaan persepsi di antara pengambil kebijakan. Temuan ini diperkuat dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa ketidakseimbangan distribusi tenaga kesehatan sering kali diperburuk oleh kurangnya alokasi anggaran yang memadai untuk mendukung perekrutan tenaga kesehatan di daerah terpencil [3].

Tenaga kesehatan masyarakat menghadapi beragam tantangan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, terutama pada tingkat pelayanan primer seperti Puskesmas yang berfungsi sebagai ujung tombak sistem kesehatan. Kemampuan manajerial, yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan, memiliki peran strategis dalam mengoptimalkan intervensi berbasis promotif dan preventif. Penguatan kapasitas tenaga kesehatan masyarakat dalam aspek tersebut tidak hanya berkontribusi terhadap peningkatan kualitas pelayanan di Puskesmas, tetapi juga mendukung terwujudnya sistem kesehatan lebih efektif, efisien, dan berkelanjutan, guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal [4].

Menurut data dari peta kebutuhan tenaga kesehatan di wilayah Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan tahun 2024, jumlah tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan mengalami kekurangan sebanyak 481 tenaga kesehatan masyarakat. Tenaga kesehatan masyarakat tersebut terdiri dari tenaga epidemiologi, promosi kesehatan (promkes), kesehatan kerja (kesja), dan administrasi kesehatan (admindes). Defisit ini mencerminkan ketidakseimbangan dalam perencanaan dan pengelolaan tenaga kesehatan, yang berdampak pada kualitas serta efisiensi pelayanan kesehatan masyarakat [5]. Kekurangan tenaga kesehatan masyarakat ini menunjukkan bahwa perencanaan yang dilakukan belum sepenuhnya efektif dalam mengatasi permasalahan yang ada.

Beberapa faktor utama yang menyebabkan ketidakcukupan tenaga kesehatan antara lain kebijakan pengadaan dan distribusi tenaga kesehatan yang belum optimal, tingginya pergantian serta rendahnya kompetensi tenaga perencana, serta keterbatasan anggaran dan sistem informasi yang mendukung pengelolaan tenaga kesehatan [6]. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi dan memahami permasalahan dalam kebijakan, pergantian serta rendahnya kompetensi tenaga perencana, serta keterbatasan anggaran dan sistem informasi yang mendukung pengelolaan tenaga kesehatan dalam pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan.

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif yang bertujuan menggali secara mendalam faktor-faktor penyebab ketidakcukupan pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan. Data diperoleh melalui wawancara mendalam dengan informan yang dipilih berdasarkan keterlibatan langsung dalam program tersebut, meliputi Kepala Seksi SDMK, Penanggung Jawab Program Renbut, dan Penanggung Jawab Program SISDMK di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Wawancara dilakukan dengan panduan yang dikembangkan oleh peneliti, direkam, dan ditranskrip setelah memperoleh persetujuan dari informan. Durasi wawancara berkisar antara 30 menit hingga satu jam, dan hasil transkrip dianalisis untuk mengidentifikasi pola data. Triangulasi sumber dilakukan untuk memastikan validitas data. Persetujuan etik penelitian telah diperoleh dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya dengan nomor surat 485/UN9.FKM/TU.KKE/2024, serta izin penelitian dari Kesbangpol Provinsi Sumatera Selatan dan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan sebelum pengumpulan data dilakukan.

## HASIL

**Tabel 1. Karakteristik Informan**

No	Inisial	Jabatan	Jenis Kelamin	Pendidikan
1.	YS	Kepala Seksi SDMK	Perempuan	S2
2.	DW	Penanggungjawab Program Rencana Kebutuhan (Renbut)	Laki-laki	S2
3.	JE	Penanggungjawab Program SISDMK	Perempuan	S2

Tabel 1 berikut menyajikan karakteristik informan dalam penelitian ini. Informan dipilih berdasarkan keterlibatan langsung mereka dalam perencanaan tenaga kesehatan masyarakat di wilayah Provinsi Sumatera Selatan.

Tabel 2 mendeskripsikan tentang kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas berdasarkan Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan tahun 2024. Jumlah tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan mengalami kekurangan sebanyak 481 tenaga kesehatan masyarakat. Tenaga kesehatan masyarakat tersebut terdiri dari tenaga

epidemiologi, promosi kesehatan (promkes), kesehatan kerja (kesja), dan administrasi kesehatan (admindes). Hasil wawancara menunjukkan bahwa dalam perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan masih terdapat

beberapa permasalahan yang menyebabkan luaran tidak maksimal. Permasalahan tersebut menyangkut aspek kebijakan, pergantian dan kompetensi tenaga perencana, penganggaran untuk pengadaan tenaga kesehatan, serta ketersediaan data dan sistem informasi.

**Tabel 2. Peta Kebutuhan Tenaga Kesehatan Masyarakat di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2024**

No	Kabupaten/Kota	Kesenjangan/Kebutuhan Tenaga Kesehatan			
		Epidemiolog	Promkes	Kesja	Admindes
1.	Ogan Ilir	Kurang 3	Kurang 17	-	Kurang 25
2.	Kota Pagar Alam	Kurang 8	Kurang 7	-	Kurang 5
3.	Kota Prabumulih	Kurang 5	Kurang 11	Kurang 1	Kurang 23
4.	Banyuasin	Kurang 7	Kurang 31	Kurang 5	Kurang 14
5.	Empat Lawang	Kurang 22	Lebih 18	Kurang 1	Kurang 7
6.	PALI	Kurang 22	Lebih 1	-	Lebih 6
7.	OKU Selatan	-	Lebih 7	Kurang 1	Kurang 2
8.	Kota Lubuk Linggau	Lebih 3	Kurang 4	Kurang 1	Kurang 6
9.	Musi Rawas	Kurang 13	Kurang 8	-	Kurang 7
10.	Muara Enim	Kurang 14	Kurang 23	Kurang 1	Kurang 19
11.	Musi Rawas Utara	Kurang 3	Kurang 8	-	Kurang 7
12.	Lahat	Kurang 23	Kurang 31	Kurang 1	Kurang 24
13.	Ogan Komering Ilir	Kurang 3	Kurang 13	Kurang 2	Kurang 29
14.	Ogan Komering Ulu Timur	Kurang 3	Lebih 6	-	Kurang 5
15.	Ogan Komering Ulu	Lebih 14	Kurang 34	Kurang 12	Kurang 5
16.	Musi Banyuasin	Kurang 53	Lebih 10	-	Kurang 15
17.	Kota Palembang	Kurang 7	Lebih 13	-	Kurang 8
<b>Total</b>		<b>Kurang 191</b>	<b>Kurang 70</b>	<b>Kurang 25</b>	<b>Kurang 195</b>

Kebijakan pemenuhan tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas sangat bergantung pada keputusan kepala daerah. Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023, yang menegaskan bahwa setiap kepala daerah bertanggung jawab dalam memastikan ketersediaan tenaga kesehatan di wilayahnya [7]. Dalam praktiknya, perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan (Renbut) menjadi acuan dalam menentukan jumlah tenaga yang dibutuhkan. Namun, meskipun Renbut menunjukkan adanya kekurangan tenaga kesehatan masyarakat, implementasi kebijakan di tingkat daerah dapat bervariasi

Beberapa pemerintah daerah memiliki kebijakan untuk mengangkat seluruh tenaga kesehatan yang telah bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes), baik yang berstatus tenaga honorer maupun tenaga kontrak, menjadi pegawai tetap. Keputusan ini didasarkan pada kemampuan daerah dalam membayar gaji tenaga kesehatan tersebut. Kondisi ini menunjukkan adanya fleksibilitas dalam kebijakan pemenuhan tenaga kesehatan di daerah, di mana perencanaan teknis tidak selalu menjadi satu-satunya faktor penentu. Pemerintah daerah dapat menetapkan kebijakan berdasarkan kondisi keuangan dan prioritas masing-masing, selama tidak bertentangan dengan regulasi yang berlaku.

*“Kebijakan yang digunakan saat ini berasal dari regulasi nasional seperti Permenkes tentang*

*perencanaan tenaga kesehatan. Selain itu, ada kebijakan daerah yang menyesuaikan dengan kebutuhan spesifik di wilayah...” (YS)*

*“...Jadi, meskipun dari perhitungan Renbut masih ada kekurangan, keputusan akhir tetap ada di tangan pemerintah daerah sesuai dengan kemampuan anggaran mereka...” (DW)*

*“Kebijakan nasional menjadi dasar, tetapi daerah juga menyusun regulasi teknis untuk menyesuaikan kebutuhan lokal.” (JE)*

Salah satu permasalahan utama yang dihadapi Puskesmas adalah kurangnya konsistensi dan kompetensi tenaga perencana. Pergantian tenaga perencana yang sering terjadi di beberapa Puskesmas di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan mengakibatkan kendala dalam pengelolaan data serta pemanfaatan sistem informasi secara optimal. Kondisi ini berdampak pada ketidaktepatan dalam penyusunan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat. Pergantian tenaga perencana juga memaksa Puskesmas untuk terus menyesuaikan diri dengan tenaga baru, yang membutuhkan waktu dalam memahami serta menguasai tugas dan sistem yang ada. Akibatnya, proses perencanaan menjadi lebih lambat dan kurang efektif.

*"Pergantian tenaga perencana di puskesmas cukup sering terjadi, terutama karena mutasi dan promosi jabatan. Kadang ada yang dipindahkan sebelum memahami sistem perencanaan dengan baik." (YS)*

*"Setiap pergantian memerlukan waktu adaptasi bagi tenaga baru, yang berakibat pada keterlambatan dalam perencanaan." (DW)*

*"Dokumentasi perencanaan sering kali tidak lengkap akibat pergantian, sehingga data yang digunakan kurang akurat." (JE)*

Keterbatasan anggaran menjadi hambatan utama dalam perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat. Kurangnya alokasi dana yang memadai menyebabkan perencanaan tidak optimal, sehingga berpotensi menimbulkan ketidakseimbangan atau kekurangan tenaga kesehatan di berbagai wilayah. Kondisi ini menunjukkan bahwa pendanaan memiliki peran krusial dalam menentukan keberhasilan perencanaan tenaga kesehatan masyarakat.

*"...Namun, pada kenyataannya, banyak daerah hanya mampu merekrut sebagian kecil dari kebutuhan tersebut. Sebagai contoh, jika suatu daerah membutuhkan 100 tenaga kesehatan, tetapi APBD hanya memungkinkan perekrutan 40-50 orang, maka kekurangannya harus diajukan kembali di tahun berikutnya..." (YS)*

*"...Meskipun perhitungan kebutuhan sudah dilakukan secara teknis, implementasinya tetap bergantung pada kemampuan keuangan daerah. Akibatnya, masih sering terjadi ketidakseimbangan antara jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan dengan yang dapat direkrut oleh pemerintah daerah." (DW)*

*"...Misalnya, kami mengajukan kebutuhan tambahan tenaga kesehatan berdasarkan jumlah pasien dan cakupan layanan, tetapi realisasi rekrutmennya sangat terbatas. Pemerintah daerah harus menyesuaikan dengan anggaran yang tersedia, sehingga tenaga yang benar-benar dibutuhkan tidak bisa langsung dipenuhi..." (JE)*

Di sejumlah wilayah, sistem informasi kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) belum terintegrasi secara efektif antara tingkat kabupaten/kota, provinsi, dan nasional. Selain itu, data tenaga kesehatan sering kali tidak lengkap, terutama terkait kualifikasi, usia, lokasi kerja, dan status kontrak, sehingga menyulitkan analisis kebutuhan secara spesifik dan akurat. Masalah ini diperburuk oleh keterbatasan kapasitas tenaga pengelola sistem informasi yang belum mendapatkan pelatihan memadai, baik dalam penggunaan perangkat lunak maupun analisis data. Akibatnya, pengolahan data menjadi lambat, yang berdampak pada keterlambatan perencanaan SDMK yang efektif dan tepat waktu.

## PEMBAHASAN

Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas wilayah Provinsi Sumatera Selatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Kebutuhan SDM [1]. Proses perencanaan ini dilakukan secara sistematis melalui dua pendekatan utama, yaitu Standar Ketenagaan Minimal (SKM) dan Analisis Beban Kerja (ABK). Tahap pertama dalam perencanaan tenaga kesehatan adalah memastikan bahwa setiap Puskesmas memiliki jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang sesuai dengan SKM. Model ini digunakan sebagai acuan dalam menghitung kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan kategori SDM kesehatan. Metode SKM dilakukan dengan membandingkan jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dengan standar ketenagaan minimal yang telah ditetapkan. Hasil analisis ini memungkinkan fasilitas kesehatan mengidentifikasi adanya kekurangan atau kelebihan tenaga kesehatan dalam suatu kategori tertentu [8]. Namun, pendekatan ini masih bersifat makro dan perlu mempertimbangkan distribusi beban kerja secara spesifik di masing-masing unit pelayanan [9].

Tahap kedua dalam perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan adalah menganalisis jumlah tenaga ideal berdasarkan beban kerja di Puskesmas dengan menggunakan Analisis Beban Kerja (ABK). Metode ini bertujuan untuk mengevaluasi apakah jumlah tenaga kesehatan yang tersedia sudah mencukupi atau masih memerlukan penyesuaian. Proses analisis ABK melibatkan beberapa tahapan utama, yaitu mengidentifikasi fasilitas kesehatan dan kategori tenaga yang dianalisis, menghitung waktu kerja yang tersedia, mengidentifikasi komponen utama beban kerja, menetapkan standar beban kerja, menentukan standar kegiatan penunjang, serta menghitung jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan berdasarkan hasil analisis [10]. Proses analisis ABK melibatkan beberapa tahapan utama, yaitu mengidentifikasi fasilitas kesehatan dan kategori tenaga yang dianalisis, menghitung waktu kerja yang tersedia, mengidentifikasi komponen utama beban kerja, menetapkan standar beban kerja, menentukan standar kegiatan penunjang, serta menghitung jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan berdasarkan hasil analisis [11].

Hasil wawancara menunjukkan adanya berbagai kendala dalam perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas wilayah Provinsi Sumatera Selatan. Kendala tersebut mencakup aspek kebijakan, pergantian dan kompetensi tenaga perencana, keterbatasan anggaran, serta ketersediaan data dan sistem informasi. Implikasi dari permasalahan ini adalah ketidaktepatan dalam penyusunan dan implementasi perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat.

### Kebijakan

Kebijakan pemenuhan tenaga kesehatan di Puskesmas sangat bergantung pada keputusan kepala daerah, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023. Meskipun perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan (Renbut) menunjukkan adanya kekurangan tenaga, implementasinya dapat bervariasi di setiap daerah. Beberapa pemerintah daerah memilih untuk



mengangkat tenaga honorer dan kontrak menjadi pegawai tetap apabila anggaran memungkinkan, tanpa sepenuhnya mengacu pada perhitungan Renbut.

Keputusan ini lebih banyak dipengaruhi oleh kondisi keuangan dan kebijakan lokal, sehingga pemenuhan tenaga kesehatan tidak hanya bergantung pada perencanaan teknis, tetapi juga pada kemampuan daerah dalam membayar gaji. Proses ini sering kali menyebabkan ketidaksesuaian dalam jumlah, jenis, distribusi, dan kualifikasi tenaga kesehatan. Ketidakharmonisan kebijakan antara tingkat pusat dan daerah menjadi hambatan dalam pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan secara optimal [12]. Temuan serupa juga diungkapkan dalam penelitian sebelumnya yang menyoroti pentingnya koordinasi lintas sektor guna meningkatkan sinkronisasi perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan di berbagai tingkatan pemerintahan [13]. Selain itu, keterbatasan anggaran yang mempengaruhi kebijakan pemerintah daerah dalam membatasi alokasi jumlah formasi dapat menghambat pemerataan distribusi tenaga kesehatan [14]. Perbedaan kebijakan ini berdampak pada pemenuhan tenaga kesehatan sesuai standar dan kebutuhan daerah.

### **Pergantian dan Kompetensi Tenaga Perencana**

Faktor kompetensi tenaga perencana juga menjadi isu krusial dalam perencanaan tenaga kesehatan masyarakat. Pergantian tenaga perencana yang sering terjadi menyebabkan proses adaptasi yang memerlukan waktu, sehingga pemanfaatan data dan sistem informasi menjadi kurang optimal. Menurut *World Health Organization* (2018), tenaga perencana yang kompeten dan konsisten berperan penting dalam pengelolaan data serta mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti dalam sektor kesehatan [15]. Temuan dari penelitian serupa menegaskan bahwa pelatihan berkelanjutan sangat diperlukan untuk meningkatkan kompetensi tenaga perencana dalam penggunaan teknologi informasi kesehatan [16]. Selain itu, penelitian lain menunjukkan bahwa pendidikan berkelanjutan yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat bagi tenaga kesehatan juga memiliki peran penting [17]. Oleh karena itu, pendampingan dan pelatihan di tempat kerja dapat menjadi strategi efektif untuk meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam perencanaan yang lebih optimal [18].

### **Penganggaran Pengadaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan Masyarakat**

Keterbatasan anggaran merupakan hambatan signifikan dalam perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat. Kurangnya alokasi dana yang memadai menyebabkan perencanaan tidak dapat dilakukan secara komprehensif. Temuan ini sejalan dengan penelitian lain yang menekankan bahwa keterbatasan anggaran sering kali menjadi kendala utama dalam perencanaan kesehatan di negara berkembang [19]. Selain itu, penelitian lain di Kenya menunjukkan bahwa peningkatan pendanaan dapat memperbaiki manajemen SDM kesehatan dan efisiensi sistem kesehatan [20]. Efisiensi anggaran untuk pelatihan SDM kesehatan mempengaruhi pencapaian strategi bagi pusat pelatihan SDM kesehatan [21]. Oleh karena itu, diperlukan advokasi yang kuat untuk memastikan alokasi anggaran yang mendukung perencanaan tenaga kesehatan secara optimal [22].

### **Ketersediaan Data dan Sistem Informasi**

Kegagalan dalam mengintegrasikan sistem informasi tenaga kesehatan di berbagai tingkat pemerintahan menjadi hambatan utama dalam perencanaan tenaga kesehatan. Ketidaklengkapan data, seperti informasi tentang kualifikasi, usia, lokasi kerja, dan status kontrak tenaga kesehatan, menghambat analisis kebutuhan yang akurat. Selain itu, keterbatasan kapasitas tenaga pengelola sistem informasi juga berdampak pada efisiensi pengelolaan data. Integrasi sistem informasi kesehatan yang baik berperan penting dalam meningkatkan keakuratan data dan mendukung pengambilan keputusan yang lebih cepat serta tepat [23]. Penelitian lain menunjukkan bahwa investasi dalam pelatihan teknologi informasi bagi tenaga pengelola data, seperti dalam sistem surveilans leptospirosis, menjadi faktor kunci dalam mempercepat pengintegrasian sistem informasi kesehatan [24]. Sistem informasi yang komprehensif tidak hanya mempermudah pengelolaan data tetapi juga meningkatkan efisiensi dalam perencanaan tenaga kesehatan [25]. Oleh karena itu, penguatan kapasitas tenaga pengelola sistem informasi serta pengembangan sistem yang terintegrasi sangat diperlukan untuk meningkatkan efektivitas perencanaan tenaga kesehatan, khususnya di Puskesmas.

## **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian, perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera Selatan menghadapi sejumlah kendala, termasuk ketidaksesuaian kebijakan antara tingkat pemerintahan, rendahnya kompetensi serta stabilitas tenaga perencana, keterbatasan anggaran, dan sistem informasi yang belum terintegrasi. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, diperlukan peningkatan koordinasi kebijakan antarlevel pemerintahan, optimalisasi alokasi anggaran, penguatan kapasitas dan kesejahteraan tenaga perencana, serta pengembangan sistem informasi yang terintegrasi disertai mekanisme monitoring dan evaluasi secara berkala.

## **UCAPAN TERIMAKASIH**

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan serta kontribusi berharga dalam penelitian ini. Secara khusus, apresiasi disampaikan kepada Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan atas bantuan, bimbingan, serta kesempatan yang diberikan dalam pelaksanaan penelitian ini.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Jakarta, 2015.

2. Shofiah R, Prihatini D, Viphindartin S. Perencanaan sumber daya manusia kesehatan (SDMK) Puskesmas di Kabupaten Jember. *Jurnal Bisnis dan Manajemen (Bisma)*. 2019 Nov;13(3):181–8. <https://doi.org/10.19184/bisma.v13i3.11633>
3. Syahdilla I, Susilawati S. Analisis distribusi sumber daya manusia kesehatan berdasarkan standar ketenagaan Puskesmas di Kabupaten Deli Serdang. *SAGO: Gizi Kesehatan*. 2023;4(2):299–306. <https://doi.org/10.30867/gikes.v4i2.1267>
4. Maulany AAA, Yusuf S, Hengky HK. Peran Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) dalam pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga di Kelurahan Wattang Soreang, Kota Parepare. *Jurnal Ilmiah Manusia dan Kesehatan*. 2021 Jan;4(1). <https://doi.org/10.31850/makes.v4i1.394>
5. Hassan SM, Okoli EC, Azike CA, Okoye NA, Adindu NK. Assessing the impact of community health workforce on the efficiency and accessibility of healthcare delivery. *Arch Curr Res Int*. 2024;24(10):167–73. <https://doi.org/10.9734/acri/2024/v24i10918>
6. Sumiarsih M, Nurlinawati I. Permasalahan dalam perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan di Kabupaten/Kota. *Jurnal Penelitian Pengembangan Pelayanan Kesehatan*. 2019 Des;3(3). <https://doi.org/10.22435/jpppk.v3i3.26571>
7. Sekretariat Negara Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Jakarta; 2023.
8. Romadhona YS, Siregar KN. Analisis sebaran tenaga kesehatan Puskesmas di Indonesia berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Manarang*. 2018 Des;4(2):114–21. <http://jurnal.poltekkesmamuju.ac.id/index.php/m>
9. Gusrianti G, Nursya F, Ulva F. Analisis kebutuhan tenaga kesehatan perawat berdasarkan beban kerja di Puskesmas Lapai Kota Padang. *Jurnal Ilmu Kesehatan (JIK)* <http://dx.doi.org/10.33757/jik.v6i1.514>
10. Suhenda A, Sukawan A, Muslihah Y. Perencanaan kebutuhan tenaga rekam medis dengan metode analisis beban kerja kesehatan di Puskesmas Cihideung, Kota Tasikmalaya Tahun 2021. *Indonesian Journal of Health Information Management (INOHIM)*. 2022 Jun;10(1):48–56. <https://doi.org/10.47007/inohim.v10i1.390>
11. Widhiastuti A, Nisaa A, Asriati Y. Analisis perencanaan SDM kesehatan berdasarkan metode ABK Kes di unit rekam medis rawat jalan UPTD Puskesmas Jatiroto Wonogiri. *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*. 2022;2(3). <https://doi.org/10.54877/ijhim.v2i3.63>
12. Afzal MM, Pariyo GW, Lassi ZS, et al. Community health workers at the dawn of a new era: 2. Planning, coordination, and partnerships. *Health Res Policy Sys*. 2021;19(Suppl 3):103. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00753-7>
13. Tancred T, Falkenbach M, Raven J, Caffrey M. How can intersectoral collaboration and action help improve the education, recruitment, and retention of the health and care workforce? A scoping review. *Int J Health Plann Mgmt*. 2024;39:757–80. <https://doi.org/10.1002/hpm.3773>
14. Salamate GA, Rattu AJM, Pangemanan JN. Analisis perencanaan sumber daya manusia kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Tenggara. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Unsrat (JIKMU)*. 2014 Okt;4(Suppl 4).
15. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
16. Aziz A. The role of continuous education and training in improving hospital nurse performance: case study of employee development program implementation. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2023;8(3). <https://doi.org/10.30604/jika.v8i3.2072>
17. Attriani AN. Tantangan dan isu strategis sumber daya manusia kesehatan pada Puskesmas di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Tambusai*. 2022 Sep;3(3). <https://doi.org/10.31004/jkt.v3i3.6102>
18. Ward K, Stewart S, Wardle M, Sodha SV, Tanifum P, Ayebazibwe N, Mayanja R, Luzze H, Ehlman DC, Conklin L, Abbruzzese M, Sandhu HS. Building health workforce capacity for planning and monitoring through the Strengthening Technical Assistance for routine immunization training (START) approach in Uganda. *Vaccine*. 2019 May 9;37(21):2821–2830. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.04.015>
19. Al-Worafi YM. Quality of healthcare systems in developing countries: status and future recommendations. In: Al-Worafi YM, editor. *Handbook of Medical and Health Sciences in Developing Countries*. Cham: Springer; 2024. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-74786-2\\_344-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-74786-2_344-1)
20. Nyawira L, Tsofa B, Musiega A, et al. Management of human resources for health: implications for health systems efficiency in Kenya. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1046. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08432-1>
21. Pusat Pelatihan SDM Kesehatan. *Laporan Tahunan Pusat Pelatihan SDM Kesehatan Tahun 2021*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2022. <https://repositori-ditjen-nakes.kemkes.go.id/574/1/Laporan%20Tahunan%20Pusat%20Pelatihan%20SDM%20Kesehatan%20TA%202021.pdf>
22. UHC 2030. The Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health. Health budget literacy, advocacy, and accountability for universal health coverage: Toolkit for capacity-building [Internet]. 2021. [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/2\\_What\\_we\\_do/2.3\\_Sharing\\_knowledge\\_and\\_networks/2.3.3\\_Civil\\_society\\_engagement/Health\\_Budget\\_Literacy/WHO013\\_UHC2030-capacity-building-toolkit\\_FINALNEW.pdfh](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/2_What_we_do/2.3_Sharing_knowledge_and_networks/2.3.3_Civil_society_engagement/Health_Budget_Literacy/WHO013_UHC2030-capacity-building-toolkit_FINALNEW.pdfh)
23. Nur A, Al Yasir J, Ramadhan MZ, Yehezkiel R, Al Farisy MS. Pengembangan sistem informasi manajemen rumah sakit. *Kohesi: Jurnal Multidisiplin*

Saintek. 2024;4(10).

<https://doi.org/10.3785/koehesi.v4i10.6553>

24. Setiawan MY, Pratama RA, Sutriana VN, Kristiyadi JE, Khoirudin Z. Penguatan kapasitas tenaga kesehatan dalam menggunakan sistem informasi surveilans leptospirosis. *Journal of Information System for Public Health*. 2022 Aug;7(2). <https://doi.org/10.22146/jisph.70727>
25. Sathamkamwa ZS. Adoption of integrated human resources for health information system (iHRIS) tool at district level to improve health care workers' planning and distribution in Malawi [Thesis]. Thammasat University; 2022. <https://doi.org/10.14457/TU.the.2022.1576>.