Analysis of Health Human Resources Needs in Primary Health Centers (Puskesmas) of Cianjur Regency

***Kristina [1)], Suhermi [2)]**

[1)2)]Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan,
Universitas Mohammad Husni Thamrin
***Correspondence author**: maya.aprialian185@gmail.com, Jakarta, Indonesia
DOI:

Abstract

Human Resources for Health (HRH) are a key component of quality health services at Puskesmas. Cianjur Regency has 47 Puskesmas with diverse regional characteristics, requiring appropriate HRH planning. However, the 2024 Health Profile showed that only 15 of 47 Puskesmas (32%) met the minimum standard of nine types of health worker, while 32 (68%) did not. This study aimed to analyze the condition of HRH in Puskesmas of Cianjur Regency in 2026 based on availability, needs, distribution, and adequacy of health workers. A quantitative descriptive study with a cross-sectional design was conducted on all 47 Puskesmas (total sampling) using secondary data from the Health Workforce Information System (SISDMK), workforce planning documents, and the Cianjur District Health Profile, analyzed univariately with gap analysis. Results showed 2,625 health workers were recorded across 47 Puskesmas, dominated by midwives (43.5%) and nurses (23.3%), while standard requirements reached 3,017 personnel, leaving a total gap of -392 (13.0%). Puskesmas-level categories were determind by comparing the total number of all available workforce types with the total standard requirement, while adequacy by workforce type was analyzed separately. Thirty-three Puskesmas (70.2%) fell into the shortage category, 12 (25.5%) had a surplus, and only 2 (4.3%) matched the standard. Nevertheless, all Puskesmas still had a shortage in at least one workforce type. All 11 workforce types showed an aggregate deficit, largest for nurses (-68), with moderate inequality in distribution (coefficient of variation 25.7%) and a moderate positive correlation with population (r=0.64). The main barrier was limited staffing formation/budget (93.6% of Puskesmas). Policies on formation expansion, workforce redistribution, and accelerated recruitment are needed to address this HRH gap.

Keywords: *Cianjur Regency, Health Workforce Distribution, Human Resources for Health, Puskesmas, Workforce Needs Analysis*

Abstrak

Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan komponen utama pelayanan kesehatan bermutu di Puskesmas. Kabupaten Cianjur memiliki 47 Puskesmas dengan karakteristik wilayah yang beragam sehingga memerlukan perencanaan SDMK yang tepat. Namun data Profil Kesehatan Tahun 2024 menunjukkan bru 15 dari 47 Puskesmas (32%) yang memenuhi standar minimum sembian jenis tenaga Kesehatan, sedangkan 32 Puskesmas (68%) lainnya belum memenuhi standar. Penelitian ini bertujuan menganalisis kondisi SDMK di Puskesmas Kabupaten Cianjur Tahun 2026 berdasarkan ketersediaan, kebutuhan, distribusi, dan kesesuaian tenaga kesehatan. Penelitian kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* dilakukan pada seluruh 47 Puskesmas (total sampling) menggunakan data sekunder dari SISDMK, dokumen perencanaan SDMK, dan Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, dianalisis secara univariat dan analisis kesenjangan (*gap analysis*). Hasil menunjukkan 2.625 tenaga kesehatan bertugas di 47 Puskesmas, didominasi bidan (43,5%) dan perawat (23,3%), sedangkan kebutuhan menurut standar mencapai 3.017 orang sehingga terdapat kesenjangan total -392 orang (13,0%). Kategori kesesuaian Tingkat Puskesmas ditentukan berdasarkan perbandingan total seluruh jenis tenaga tersedia dengan total kebutuhan standar, sedangkan kesesuaian per jenis tenaga dianalisis terpisah. Sebanyak 33 Puskesmas (70,2%) berkategori kekurangan tenaga, 12 Puskesmas (25,5%) kelebihan tenaga, dan hanya 2 Puskesmas (4,3%) sesuai standar. Meskipun demikian, seluruh Puskesmas masih mengalami kekurangan pada sedikitnya satu jenis tenaga. Seluruh 11 jenis tenaga mengalami defisit agregat, terbesar pada perawat (-68 orang), dengan distribusi antar-Puskesmas menunjukkan ketimpangan sedang (koefisien variasi 25,7%) dan korelasi positif sedang terhadap jumlah penduduk (r=0,64).

Kendala utama pemenuhan tenaga adalah keterbatasan formasi/anggaran (93,6% Puskesmas). Diperlukan kebijakan penambahan formasi, redistribusi tenaga, dan percepatan rekrutmen yang terarah untuk mengatasi kesenjangan SDMK tersebut.

Kata Kunci: Analisis Kebutuhan Tenaga, Distribusi Tenaga Kesehatan, Kabupaten Cianjur, Puskesmas, Sumber Daya Manusia Kesehatan

PENDAHULUAN

Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan pilar strategis dalam sistem kesehatan nasional yang berperan langsung sebagai penggerak utama pemenuhan hak kesehatan masyarakat. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengamanatkan penguatan fasilitas pelayanan kesehatan primer, termasuk Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), agar memiliki tenaga kesehatan yang cukup secara jumlah, beragam jenisnya, serta terdistribusi merata. Ketentuan ini diperkuat oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Puskesmas, yang menegaskan pemenuhan standar ketenagaan minimal sebagai prasyarat mutu dan aksesibilitas pelayanan kesehatan.

Ketidakmerataan distribusi SDMK berdampak pada rendahnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan. Kajian Universitas Airlangga menunjukkan bahwa pada tahun 2022 rasio tenaga kesehatan Indonesia baru mencapai 3,84 per 1.000 penduduk, berada di bawah standar WHO sebesar 4,45 per 1.000 penduduk untuk cakupan kesehatan semesta, dengan indeks ketimpangan (Gini Index) distribusi dokter spesialis mencapai 0,53 (Universitas Airlangga, 2025). Temuan ini sejalan dengan berbagai kajian nasional yang menunjukkan bahwa krisis SDMK di Indonesia bukan semata persoalan jumlah, melainkan juga persoalan distribusi dan pemerataan antarwilayah (Rafli, 2024; Hikmah et al, 2020).

Pada tingkat provinsi, Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur Tahun 2024 mencatat bahwa rasio sebagian besar jenis tenaga kesehatan di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2023 masih jauh di bawah target nasional; rasio perawat baru mencapai 73,2 per 100.000 penduduk (sekitar sepertiga dari target 200 per 100.000 penduduk), sedangkan rasio bidan sebesar 65,7 per 100.000 penduduk, di bawah target 130 per 100.000 penduduk (Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, 2024). Berdasarkan data SISDMK per 1 Juli 2026, tercatat 2.625 tenaga kesehatan dan penunjang bertugas pada 47 Puskesmas se-Kabupaten Cianjur, dengan jumlah tenaga per Puskesmas berkisar 33 hingga 88 orang (rata-rata 56 orang;

simpangan baku 14,5), menunjukkan disparitas yang lebar antar-Puskesmas (Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, 2026).

Berdasarkan standar minimum sembilan jenis tenaga kesehatan Puskesmas, pada tahun 2024 dari 47 Puskesmas di Kabupaten Cianjur hanya 15 Puskesmas (32%) yang telah memenuhi kelengkapan tersebut, sedangkan 32 Puskesmas (68%) belum memenuhi standar (Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, 2024). Data tahun 2024 tersebut digunakan sebagai Gambaran awal (*baseline*) permasalah pemenuhan SDMK, sedangkan penelitian ini menganalisis kondisi terkini tahun 2026 berdasarkan data SISDMK per 1 Juli 2026 untuk mengetahui apakah kesenjangan tersebut masih berlanjut. Kondisi ini selaras dengan temuan di Kabupaten Deli Serdang yang melaporkan hanya 17,6% Puskesmas memiliki kelengkapan jenis tenaga sesuai standar (Syahdilla & Susilawati, 2023). Kesenjangan pemenuhan SDMK ini diduga berhubungan dengan karakteristik kewilayahan dan kelembagaan Puskesmas, seperti jumlah dan distribusi penduduk, aksesibilitas geografis, tipe pelayanan, serta status akreditasi (Rafli, 2024; Hikmah et al., 2020; Fitri et al., 2022; Lestari, 2018).

Penelitian mengenai SDMK Puskesmas pada rentang 2018-2025 umumnya masih terbatas pada analisis kebutuhan tenaga di satu unit kerja menggunakan metode Analisis Beban Kerja Kesehatan (ABK-Kes)/*Workload Indicators of Staffing Need* (WISN), atau analisis distribusi deskriptif tanpa mengaitkan karakteristik kewilayahan dengan status kecukupan tenaga (Syahdilla & Susilawati, 2023; Romadhona & Siregar, 2018). Analisis komparatif berbasis sensus terhadap seluruh Puskesmas di suatu kabupaten, khususnya di Kabupaten Cianjur setelah berlakunya Permenkes Nomor 13 Tahun 2025, sejauh penelusuran belum pernah dilakukan, sehingga menjadi celah sekaligus kebaruan penelitian ini. Mengingat Kabupaten Cianjur merupakan salah satu kabupaten dengan wilayah geografis terluas dan topografi paling beragam di Provinsi Jawa Barat, penelitian ini bertujuan menganalisis kondisi SDMK di seluruh Puskesmas Kabupaten Cianjur Tahun 2026 berdasarkan aspek ketersediaan, kebutuhan, distribusi, dan kesesuaian tenaga kesehatan, sebagai dasar penyusunan bukti ilmiah bagi kebijakan pemenuhan tenaga kesehatan di daerah tersebut.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif deskriptif dengan pendekatan cross sectional, yang menyajikan gambaran sistematis, faktual, dan akurat mengenai kondisi SDMK di

Puskesmas Kabupaten Cianjur pada satu titik waktu (Tahun 2026). Data SISDMK yang dianalisis merupakan data per 1 Juli 2026, sedangkan pengumpulan data melalui telaah dokumen dilakukan pada buan Juli sampai dengan bulan September 2026. Populasi penelitian adalah seluruh 47 Puskesmas di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, dengan unit analisis berupa Puskesmas, bukan tenaga kesehatan secara individual. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling (sensus), sehingga seluruh populasi menjadi sampel penelitian, mengingat populasi yang relatif kecil dan tujuan untuk memperoleh gambaran yang komprehensif pada seluruh Puskesmas.

Data yang digunakan merupakan data sekunder yang bersumber dari Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) Tahun 2026, dokumen perencanaan kebutuhan SDMK, Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur, serta dokumen pendukung lain dari Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur. Instrumen penelitian berupa lembar telaah dokumen (*document review checklist*) yang disusun berdasarkan variabel penelitian, meliputi karakteristik Puskesmas, ketersediaan SDMK menurut jenis profesi, kebutuhan SDMK berdasarkan standar ketenagaan, distribusi tenaga antar-Puskesmas, dan kesesuaian antara ketersediaan dengan kebutuhan. Standar kebutuhan tenaga mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Puskesmas dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Pengolahan data dilakukan melalui tahap *editing, coding, entry, cleaning, dan tabulating* menggunakan perangkat lunak pengolah data. Analisis data dilakukan secara univariat untuk menggambarkan distribusi frekuensi, persentase, nilai rata-rata, minimum, maksimum, dan standar deviasi pada setiap variabel, dilengkapi analisis kesenjangan *(gap analysis*) antara jumlah tenaga tersedia dan standar kebutuhan, serta analisis korelasi *Pearson* (*product moment*) antara jumlah penduduk wilayah kerja dan jumlah total tenaga Kesehatan pada 47 Puskesmas. Uji *Pearson* dipilih karena kedua variable berskala numerik (rasio) dan tujuan analisis adalah menilai kekuatan serta arah hubungan linear antara keduanya. Hasil dinyatakan sebagai koefisien korelasi (r) dengan Tingkat kemaknaan p,0,05. Kategori ditentukan dari perbandingan total seluruh jenis tenaga tersedia dengan total kebutuhan menurut standar: kurang apabila ketersediaan < kebutuhan, sesuai apabila ketersediaan = kebutuhan, dan lebih apabila ketersediaan > kebutuhan. Karena penilaian agregat dapat menutupi kekurangan jenis tenaga tertentu pada Puskesmas yang secara total sesuai atau berlebih, kesesuaian juga dinilai per jenis tenaga pada setiap Puskesmas menggunakan kriteria yang sama (Tabel 4). Penelitian ini telah memperhatikan prinsip etika penelitian

kesehatan, termasuk kerahasiaan data yang disajikan secara agregat dan tidak mengungkap identitas individu.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Puskesmas Kabupaten Cianjur

Karakteristik 47 Puskesmas ditelaah berdasarkan status pelayanan, kategori wilayah kerja, jumlah penduduk, jumlah Posyandu, aksesibilitas geografis, serta jumlah desa/kelurahan wilayah kerja, sebagaimana disajikan pada Tabel 1 dan Tabel 2.

Tabel 1.
Distribusi Puskesmas Berdasarkan Status Pelayanan dan Kategori Wilayah

Karakteristik	Kategori	Jumlah	Persentase
Status Pelayanan	Rawat Inap	8	17,02%
	Non Rawat Inap	39	82,98%
Kategori Wilayah	Perkotaan	10	21,3%
	Pedesaan	17	36,2%
	Terpencil	20	42,6%

Sumber: Peraturan Bupati Cianjur Nomor 46 Tahun 2021

Mayoritas Puskesmas berstatus non rawat inap (39 Puskesmas; 82,98%), sedangkan Puskesmas rawat inap sebanyak 8 (17,02%). Berdasarkan kategori wilayah kerja, Puskesmas kategori terpencil merupakan kelompok terbesar (20 Puskesmas; 42,6%), diikuti pedesaan (17 Puskesmas; 36,2%) dan perkotaan (10 Puskesmas; 21,3%).

Tabel 2.
Ringkasan Karakteristik Kewilayahan Puskesmas

Variabel	Minimum	Maksimum	Rata-Rata	Total
Jumlah penduduk wilayah kerja (jiwa)	15.957	121.056	54.682	2.570.070
Jumlah Posyandu (unit)	26	130	63	2.957
Jarak Puskesmas ke Dinas Kesehatan (km)	1	164	53,4	-
Waktu tempuh ke Dinas Kesehatan (menit)	10	360	114,4	-
Jumlah desa/kelurahan wilayah kerja	3	14	7,7	354 desa, 6 kelurahan

Sumber: Badan Pusat Statistik (2026)

Rentang jumlah penduduk antar-Puskesmas cukup lebar, dari 15.957 jiwa hingga 121.056 jiwa (rata-rata 54.682 jiwa). Aksesibilitas geografis juga bervariasi tajam, dengan jarak tempuh menuju Dinas Kesehatan berkisar 1-164 km dan waktu tempuh 10-360 menit (hingga 6 jam), terutama dialami Puskesmas kategori terpencil di wilayah pesisir selatan dan

pegunungan. Temuan ini sejalan dengan gambaran Kabupaten Cianjur sebagai salah satu kabupaten dengan wilayah geografis terluas dan topografi paling beragam di Provinsi Jawa Barat, memperkuat pandangan Permenkes Nomor 13 Tahun 2025 bahwa kebutuhan tenaga kesehatan suatu wilayah sangat dipengaruhi oleh karakteristik dan cakupan wilayah kerja, sehingga karakteristik kewilayahan ini menjadi konteks penting dalam menginterpretasikan hasil analisis kesesuaian SDMK berikutnya.

Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Menurut Jenis Profesi

Berdasarkan data SISDMK per 1 Juli 2026, tercatat 2.625 tenaga kesehatan dan tenaga penunjang bertugas pada 47 Puskesmas, dengan jumlah tenaga per Puskesmas berkisar 33 orang (Puskesmas Sukamahi) hingga 88 orang (Puskesmas Cilaku), rata-rata 56,2 orang (simpangan baku 14,7). Distribusi tenaga menurut jenis profesi disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3.
Ringkasan Ketersediaan Tenaga Kesehatan Puskesmas Kabupaten Cianjur Tahun 2026

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1	Dokter	84	3,2
2	Dokter Gigi	33	1,3
3	Perawat	611	23,3
4	Bidan	1.143	43,5
5	Kesehatan Masyarakat	59	2,2
6	Kesehatan Lingkungan	44	1,7
7	Gizi	31	1,2
8	Kefarmasian	77	2,9
9	Ahli Teknologi Laboratorium Medik	63	2,4
10	Administrasi/Rekam Medis	19	0,7
11	Lainnya	461	17,6
	Jumlah	2.625	100,0

Sumber: SISDMK Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur (2026)

Tenaga bidan merupakan kelompok profesi terbanyak (1.143 orang; 43,5%), diikuti perawat (611 orang; 23,3%) dan tenaga lainnya/penunjang (461 orang; 17,6%) yang terdiri atas Terapis Gigi dan Mulut, Entomolog Kesehatan, Fisiotherapi, Epidemilog, dan teknisi pemeliharaan fasilitas, sedangkan tenaga administrasi/rekam medis (19 orang; 0,7%) dan tenaga gizi (31 orang; 1,2%) merupakan kelompok paling sedikit. Dominasi bidan dan perawat sejalan dengan pola nasional yang dilaporkan Syahdilla dan Susilawati (2023) di Kabupaten Deli Serdang. Sebaliknya, kecilnya proporsi tenaga administrasi/rekam medis, gizi, dan kesehatan lingkungan mengindikasikan tantangan penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) esensial dan dukungan administratif Puskesmas.

Kebutuhan dan Kesesuaian Tenaga Kesehatan Berdasarkan Standar Ketenagaan

Kebutuhan tenaga dianalisis dengan membandingkan jumlah tenaga tersedia dengan standar kebutuhan sesuai Permenkes Nomor 19 Tahun 2024 dan Permenkes Nomor 13 Tahun 2025. Rekapitulasi kesenjangan untuk seluruh 47 Puskesmas per jenis profesi.

Tabel 4.
Kebutuhan, Ketersediaan, dan Kesenjangan Tenaga Kesehatan (n=47 Puskesmas)

No	Jenis Tenaga	Standar	Eksisting	Gap	Kurang n(%)	Sesuai n(%)	Lebih n(%)
1	Dokter	133	84	-49	34 (72,3)	10 (21,3)	3 (6,4)
2	Dokter Gigi	57	33	-24	22 (46,8)	25 (53,2)	0 (0,0)
3	Perawat	679	611	-68	23 (48,9)	6 (12,8)	18 (38,3)
4	Bidan	1.164	1.143	-21	19 (40,4)	13 (27,7)	15 (31,9)
5	Kesehatan Masyarakat	79	59	-20	17 (36,2)	29 (61,7)	1 (2,1)
6	Kesehatan Lingkungan	71	44	-27	18 (38,3)	25 (53,2)	4 (8,5)
7	Gizi	80	31	-49	36 (76,6)	11 (23,4)	0 (0,0)
8	Kefarmasian	89	77	-12	11 (23,4)	32 (68,1)	4 (8,5)
9	Ahli Teknologi Lab. Medik	91	63	-28	20 (42,6)	23 (48,9)	4 (8,5)
10	Administrasi/Rekam Medis	59	19	-40	34 (72,3)	13 (27,7)	0 (0,0)
11	Lainnya	515	461	-54	24 (51,1)	19 (40,4)	4 (8,5)
	Jumlah	3.017	2.625	-392			

Sumber: Instrumen Penelitian Puskesmas (2026)

Seluruh 11 jenis tenaga kesehatan mengalami kesenjangan negatif (kekurangan) secara agregat, tanpa satu pun jenis tenaga bersurplus agregat. Defisit absolut terbesar terjadi pada tenaga perawat (-68 orang), diikuti tenaga lainnya/penunjang (-54 orang), dokter dan gizi (masing-masing -49 orang), serta administrasi/rekam medis (-40 orang). Secara total, kebutuhan tenaga mencapai 3.017 orang sedangkan ketersediaan hanya 2.625 orang, sehingga terdapat kesenjangan total -392 orang (defisit 13,0%). Temuan ini sejalan dengan kajian Universitas Airlangga (2025) yang menunjukkan rasio tenaga kesehatan nasional masih di bawah standar WHO, serta selaras dengan Syahdilla dan Susilawati (2023) yang menemukan hanya 17,6% Puskesmas di Deli Serdang memiliki kelengkapan jenis tenaga sesuai standar.

Tabel 5.
Kategori Kesesuaian SDMK Tingkat Puskesmas Berdasarkan Total Seluruh Jenis Tenaga (n=47)

Kategori Kesesuaian	N	%
Kurang (ketersediaan < kebutuhan)	33	70,2
Sesuai (ketersediaan = kebutuhan)	2	4,3
Lebih (ketersediaan > kebutuhan)	12	25,5
Jumlah	47	100,0

Sumber: Instrumen Penelitian Puskesmas (2026)

Kategori pada Tabel 5 ditentukan berdasarkan perbandingan total seluruh jenis tenaga tersedia dengan total kebutuhan standar pada masing-masing Puskesmas (penilaian agregat), bukan berdasarkan kesesuaian jenis tenaga. Sebanyak 33 Puskesmas (70,2%) berkategori kekurangan tenaga secara agregat, 12 Puskesmas (25,5%) berkategori kelebihan tenaga, dan hanya 2 Puskesmas (4,3%) - yaitu Puskesmas Agrabinta dan Puskesmas Cijati yang jumlah tenaganya persis sesuai standar. Analisis tingkat institusi menunjukkan bahwa seluruh 47 Puskesmas mengalami kekurangan pada sedikitnya satu jenis tenaga, dengan rata-rata kekurangan pada 5,5 jenis tenaga (rentang 1-11 jenis); 35 dari 47 Puskesmas (74,5%) mengalami kekurangan pada 3-7 jenis tenaga sekaligus. Dengan demikian, 14 Puskesmas yang berkategori sesuai atau lebih secara agregat tetap mengalami kekurangan pada jenis tenaga tertentu, sehingga kategori pada Tabel 5 perlu dibaca Bersama Table 4 yang menunjukkan kesenjangan per jenis tenaga.

Tabulasi silang menunjukkan pola menarik: kesenjangan rata-rata justru lebih besar pada Puskesmas kategori pedesaan (-10,6 orang) dan perkotaan (-8,3 orang) dibandingkan Puskesmas terpencil (-6,5 orang). Temuan ini berbeda dengan pola umum yang disoroti Hikmah et al. (2020) dan Rafli (2024) yang menekankan ketimpangan SDMK terutama pada wilayah terpencil. Kondisi ini kemungkinan terjadi karena standar kebutuhan tenaga, khususnya bidan dan perawat, turut memperhitungkan jumlah penduduk dan beban pelayanan setempat, sehingga Puskesmas pedesaan dan perkotaan yang melayani populasi lebih besar menghadapi kesenjangan absolut yang lebih besar, sejalan dengan Permenkes Nomor 13 Tahun 2025 yang menekankan pentingnya mempertimbangkan jumlah dan distribusi penduduk dalam perencanaan kebutuhan tenaga. Meskipun tenaga bidan mengalami defisit agregat, pola sebarannya tetap timpang: 15 Puskesmas memiliki bidan melebihi standar sementara 19 Puskesmas lainnya kekurangan, menggambarkan persoalan maldistribusi yang berjalan beriringan dengan kekurangan jumlah secara keseluruhan. Kebijakan pengelolaan SDMK karenanya perlu menggabungkan penambahan tenaga

(khususnya perawat, dengan defisit absolut terbesar) dan redistribusi tenaga bidan sebagai langkah jangka pendek.

Distribusi Tenaga Kesehatan Antar-Puskesmas

Distribusi jumlah total tenaga kesehatan antar-Puskesmas menunjukkan variasi cukup lebar (33-88 orang; rata-rata 55,8 orang) dengan koefisien variasi 25,7%, mengindikasikan ketimpangan tingkat sedang. Terdapat korelasi positif sedang antara jumlah penduduk wilayah kerja dan jumlah total tenaga kesehatan (r=0,64; uji korelasi *Pearson*, p=nilai p), menunjukkan bahwa penempatan tenaga secara umum telah mempertimbangkan besaran penduduk yang dilayani, meski belum sepenuhnya proporsional. Lima Puskesmas dengan defisit tenaga terbesar adalah Puskesmas Sukamahi (-49), Ciranjang (-44), Cilaku (-40), Karangtengah (-39), serta Campakamulya dan Bojongpicung (masing-masing -34); sebaliknya lima Puskesmas dengan kelebihan tenaga terbesar adalah Puskesmas Haurwangi (+13), Cibeber (+12), Cipanas dan Sukaresmi (masing-masing +11), serta Cibuluh (+8).

Analisis rasio SDMK per 1.000 penduduk menunjukkan rata-rata 1,18 (rentang 0,36-3,01). Menariknya, rasio SDMK per penduduk pada Puskesmas terpencil justru lebih tinggi (rata-rata 1,51) dibandingkan Puskesmas pedesaan (1,04) dan perkotaan (0,80), karena wilayah terpencil umumnya memiliki jumlah penduduk yang relatif kecil sehingga rasio terhadap penduduk tetap tergolong tinggi meski jumlah tenaga absolutnya terbatas. Koefisien variasi 25,7% ini tergolong lebih rendah dibandingkan ketimpangan distribusi dokter spesialis nasional yang dilaporkan Universitas Airlangga (2025) dengan indeks Gini 0,53. Korelasi positif sedang (r=0,64) sejalan dengan temuan Rafli (2024) bahwa jumlah dan kepadatan penduduk berhubungan positif dengan ketersediaan tenaga kesehatan, meski korelasi yang belum kuat (<0,7) mengindikasikan faktor lain turut memengaruhi distribusi tenaga, seperti daya tarik lokasi penugasan dan kebijakan penempatan. Aksesibilitas geografis yang sangat terbatas pada Puskesmas terpencil (jarak hingga 164 km, waktu tempuh hingga 6 jam) tetap menjadi determinan penting mutu pelayanan, sejalan dengan Hikmah et al. (2020) dan Fitri et al. (2022) bahwa aksesibilitas geografis berhubungan erat dengan ketimpangan penempatan tenaga kesehatan.

Kelengkapan Dokumen Perencanaan dan Kendala Pemenuhan Tenaga Kesehatan

Hasil telaah dokumen terhadap ketersediaan dokumen perencanaan SDMK pada 47 Puskesmas.

Tabel 6.
Kelengkapan Dokumen Perencanaan SDMK di Puskesmas Kabupaten Cianjur

No	Dokumen	Tersedia n (%)
1	Profil Puskesmas	47 (100,0)
2	Analisis Beban Kerja	47 (100,0)
3	Analisis Jabatan	47 (100,0)
4	Peta Jabatan	47 (100,0)
5	SISDMK	47 (100,0)
6	Satu Sehat SDMK	47 (100,0)
7	Data Pegawai	47 (100,0)
8	Rencana Strategis (Renstra)	43 (91,5)
9	Rencana Kerja (Renja)	41 (87,2)
10	Dokumen Akreditasi	47 (100,0)

Sumber: Instrumen Penelitian Puskesmas (2026)

Sebagian besar dokumen perencanaan SDMK tersedia lengkap pada seluruh 47 Puskesmas, kecuali Renstra (43 Puskesmas; 91,5%) dan Renja (41 Puskesmas; 87,2%). Tingginya kelengkapan dokumen dasar perencanaan (Profil Puskesmas, ABK, Analisis Jabatan, Peta Jabatan, SISDMK, dan akreditasi yang seluruhnya mencapai 100%) menunjukkan infrastruktur administratif perencanaan tenaga di Kabupaten Cianjur telah relatif baik, sejalan dengan Lestari (2018) bahwa kelengkapan dokumen dan sumber daya berkaitan erat dengan pemenuhan standar akreditasi Puskesmas. Namun kelengkapan administratif ini belum sejalan dengan realisasi pemenuhan kebutuhan tenaga, mengindikasikan bahwa kendala pemenuhan SDMK lebih bersifat struktural pada tahap implementasi kebijakan, bukan pada tahap perencanaan dokumen.

Tabel 7.
Kendala Pemenuhan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Cianjur (n=47, Multirespons)

No	Kendala	N	%
1	Keterbatasan formasi/anggaran pengadaan tenaga	44	93,6
2	Proses rekrutmen dan penempatan yang lama	20	42,6
3	Tenaga tersedia tidak sesuai kompetensi yang dibutuhkan	20	42,6
4	Minat pelamar rendah, terutama wilayah terpencil/DTPK	16	34,0
5	Lainnya	9	19,1
6	Tingginya angka mutasi/pengunduran diri tenaga kesehatan	4	8,5

Sumber: Instrumen Penelitian Puskesmas (2026)

Kendala yang paling banyak dilaporkan adalah keterbatasan formasi/anggaran pengadaan tenaga (44 dari 47 Puskesmas; 93,6%), memperkuat kesimpulan Syahdilla dan Susilawati (2023) yang juga mengidentifikasi keterbatasan formasi sebagai kendala utama pemenuhan tenaga di Puskesmas. Kendala proses rekrutmen yang lama dan ketidaksesuaian kompetensi tenaga (masing-masing 42,6%) menunjukkan bahwa persoalan SDMK tidak hanya terletak pada aspek kuantitas formasi, tetapi juga kecepatan dan ketepatan proses pengadaan tenaga.

Rendahnya proporsi kendala mutasi/pengunduran diri tenaga (8,5%) menjadi indikasi positif bahwa retensi tenaga di Kabupaten Cianjur relatif terjaga, sehingga fokus kebijakan ke depan dapat diarahkan pada percepatan pengadaan formasi baru dan penyesuaian kompetensi tenaga dengan kebutuhan riil Puskesmas.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, desain deskriptif cross-sectional hanya menggambarkan kondisi SDMK pada satu titik waktu sehingga tidak dapat menggambarkan tren dari waktu ke waktu. Kedua, selain korelasi sederhana antara jumlah penduduk dan jumlah tenaga kesehatan, penelitian ini tidak melakukan uji hubungan statistik antarvariabel, sehingga pola yang teridentifikasi antara karakteristik kewilayahan Puskesmas dan tingkat kesesuaian SDMK bersifat deskriptif, bukan hubungan sebab-akibat yang teruji secara statistik. Ketiga, data sekunder yang digunakan sangat bergantung pada ketepatan pencatatan dan pemutakhiran data oleh masing-masing Puskesmas, meski selisih pencatatan yang ditemukan tidak mengubah pola temuan utama. Keempat, standar kebutuhan tenaga yang digunakan merupakan standar yang telah dihitung dan disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, sehingga peneliti tidak melakukan penghitungan kebutuhan tenaga secara independen menggunakan metode ABK-Kes/WISN berbasis data kunjungan riil. Kelima, penelitian ini hanya menganalisis kondisi SDMK pada tingkat institusi (jumlah dan jenis tenaga), tanpa mencakup aspek kompetensi, kinerja, maupun beban kerja aktual tenaga secara individual. Keenam, kategori kesesuaian pada tingkat Puskesmas ditentukan secara ahregat berdasarkan total tenaga, sehingga tidak sepenuhnya menggambarkan kesesuaian komposisi jenis tenaga yang hanya dapat dilihat pada analisis per jenis tenaga.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kondisi SDMK di Puskesmas Kabupaten Cianjur Tahun 2026 masih menghadapi kesenjangan yang luas dan sistemik antara ketersediaan dan kebutuhan tenaga. Sebanyak 42,6% dari 47 Puskesmas berkategori wilayah terpencil dengan aksesibilitas geografis yang sangat bervariasi (1-164 km; 10-360 menit menuju Dinas Kesehatan). Total 2.625 tenaga kesehatan tercatat pada SISDMK, didominasi bidan (43,5%) dan perawat (23,3%), sedangkan tenaga administrasi/rekam medis, gizi, dan kesehatan lingkungan memiliki proporsi yang sangat kecil. Kebutuhan tenaga mencapai 3.017 orang, sedangkan

ketersediaan hanya 2.625 orang, sehingga terdapat kesenjangan total -392 orang (13,0%); sebanyak 33 Puskesmas (70,2%) berkategori kekurangan tenaga secara agregat (total seluruh jenis tenaga), 12 Puskesmas (25,5%) kategori kelebihan tenaga, dan 2 Puskesmas (4,3%) sesuai standar, meskipun seluruh Puskesmas masih kekurangan sedikitnya satu jenis tenaga. Seluruh 11 jenis tenaga mengalami defisit agregat, terbesar pada perawat (-68 orang), sementara berdasarkan proporsi Puskesmas yang kekurangan, defisit terbesar terjadi pada tenaga gizi (76,6%), dokter, dan administrasi/rekam medis (masing-masing 72,3%). Distribusi tenaga antar-Puskesmas menunjukkan ketimpangan sedang (koefisien variasi 25,7%) dengan korelasi positif sedang terhadap jumlah penduduk (r=0,64). Dokumen perencanaan dasar SDMK telah tersedia lengkap pada seluruh Puskesmas, kecuali Renstra (91,5%) dan Renja (87,2%), sedangkan kendala utama pemenuhan tenaga adalah keterbatasan formasi/anggaran (93,6% Puskesmas).

Berdasarkan temuan tersebut, disarankan: (1) bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, memprioritaskan pengusulan formasi dan anggaran pada jenis tenaga dengan kekurangan terbesar (gizi, dokter, administrasi/rekam medis, dan perawat), melakukan kajian redistribusi tenaga bidan dari Puskesmas surplus ke Puskesmas defisit, mempercepat proses rekrutmen dan kesesuaian kompetensi tenaga, serta melengkapi dokumen Renstra dan Renja pada Puskesmas yang belum memilikinya; (2) bagi Puskesmas, mengoptimalkan pendayagunaan tenaga yang tersedia melalui penataan ulang tugas (skill-mix), secara berkala memutakhirkan data SISDMK, dan memperkuat koordinasi antar-Puskesmas yang berdekatan untuk pemenuhan sementara kebutuhan tenaga selama proses pengadaan formasi berlangsung; serta (3) bagi peneliti selanjutnya, mengembangkan penelitian analitik yang menguji hubungan karakteristik kewilayahan dan kelembagaan Puskesmas dengan tingkat kesesuaian SDMK secara statistik, melakukan penghitungan kebutuhan tenaga berbasis metode ABK-Kes/WISN menggunakan data beban kerja riil, serta mencakup aspek kompetensi, kinerja, dan kepuasan kerja tenaga kesehatan untuk memperoleh gambaran kecukupan SDMK yang lebih komprehensif.

REFERENSI

1. Boari, M., Hidayat, R., & Sari, M. M. (2023). *Manajemen sumber daya manusia kesehatan*: Teori dan aplikasi. Rajawali Pers.

2. Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur. (2024). *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur Tahun 2024*. Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur. (2026). *Data Jumlah Tenaga Kesehatan pada 47 Puskesmas dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat Kabupaten Cianjur per 1 Juli 2026*. Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur.
4. Fitri, E., Sinaga, J. P., & Sinambela, M. (2022). *Analisis manajemen ketenagaan kesehatan terhadap Puskesmas Tanah Pasir Kabupaten Aceh Utara tahun 2021*. Jurnal Inovasi Kesehatan Masyarakat, 3(2), 12-24.
5. Hikmah, N., Rahman, H., & Puspitasari, A. (2020). *Membandingkan ketimpangan ketersediaan tenaga kesehatan Puskesmas di wilayah Indonesia Timur*. Window of Public Health Journal, 1(1), 31-37. https://doi.org/10.33096/woph.vi.36
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan*. Kementerian Kesehatan RI.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kementerian Kesehatan RI.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan*. Kementerian Kesehatan RI.
9. Lestari, T. R. P. (2018). *Upaya peningkatan mutu pelayanan di Puskesmas melalui pendekatan manajemen sumber daya manusia kesehatan*. Kajian, 23(3), 157-174.
10. Pemerintah Kabupaten Cianjur. (2025). *Peraturan Bupati Cianjur Nomor 34 Tahun 2025*. Sekretariat Daerah Kabupaten Cianjur.
11. Rafli, M. M. (2024). *Analisis distribusi dokter sebagai tenaga kesehatan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2022*. Jurnal Kesehatan Tambusai, 5(2). https://doi.org/10.31004/jkt.v5i2.28786
12. Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Sekretariat Negara RI.
13. Romadhona, Y. S., & Siregar, K. N. (2018). *Analisis sebaran tenaga kesehatan Puskesmas di Indonesia berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas*. Jurnal Kesehatan Manarang, 4(2), 114-121. https://doi.org/10.33490/jkm.v4i2.99

14. Sugiyono. (2021). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D* (Edisi ke-2). Alfabeta.
15. Syahdilla, I., & Susilawati. (2023). *Analisis distribusi sumber daya manusia kesehatan berdasarkan standar ketenagaan Puskesmas di Kabupaten Deli Serdang*. SAGO Gizi dan Kesehatan, 4(2), 299-306. https://doi.org/10.30867/gikes.v4i2.1267
16. Universitas Airlangga. (2025). *Ketimpangan dan kekurangan tenaga kesehatan di Indonesia*. https://unair.ac.id/ketimpangan-dan-kekurangan-tenaga-kesehatan-di-indonesia/
17. World Health Organization. (2023*). Health workforce*. WHO Press.