

Mengurai Benang Kusut Dokter Indonesia

TARUNA IKRAR, Ketua Konsil Kedokteran,
Guru Besar Tetap Departmen Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati Lampung

Indonesia mengalami ketimpangan distribusi dokter atau maladistribusi.

Dalam kondisi pandemi dan berlanjutnya *endemic post-Covid-19*, masyarakat membutuhkan tenaga kesehatan, khususnya pelayanan dokter. Namun, Indonesia masih kekurangan dokter, bahkan diperberat dampak pandemi karena banyak dokter menjadi korban.

Ini awal permasalahan pelayanan kedokteran jika kita menilik jumlah dokter yang harus melayani 270-an juta penduduk. Berdasarkan rasio WHO, standar minimal rasio dokter dan populasi yang dilayani di suatu negara adalah 0,1 persen atau seorang dokter melayani per seribu penduduk.

Artinya, butuh minimal 10 dokter untuk melayani setiap 10 ribu penduduk. Namun, berdasarkan laporan PPSDM, hingga 2030 kita masih kekurangan sekitar 160 ribu dokter. Selain itu, Indonesia mengalami ketimpangan distribusi dokter atau maladistribusi.

Ini terlihat dari densitas yang sangat tinggi di kota besar, tetapi minim di daerah perifer atau pedesaan. Ketimpangan distribusi menyebabkan ribuan pulau tak memiliki seorang dokter pun. Saat ini, Indonesia kekurangan dokter spesialis dan dokter subspecialis.

Menurut laporan Dirjen YanMed Kementerian Kesehatan, sampai 50 tahun mendatang, jika produksi dokter spesialis dan subspecialis rendah seperti sekarang, kita akan tetap kekurangan bahkan krisis dokter spesialis.

Menurut portal resmi Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) terkait jumlah dokter teregistrasi dan memiliki STR serta surat izin praktik, terlihat tiga persoalan dalam pemenuhan kebutuhan dokter di Indonesia.

Pertama, dokter teregistrasi dengan STR yang masih aktif di laman KKI sampai 22 Juni 2022 hanya 142.565 dokter umum. Kedua, distribusi dokter buruk.

Ketiga, dalam pelayanan kedokteran berdasarkan kualifikasi spesialis, hanya ada 43.888 dokter spesialis yang sebagian

kecil merupakan dokter subspecialis. Jumlah ini mencakup jenis 37 spesialis dan subspecialis dengan distribusi yang timpang.

Solusi rasional

Pemerintah, dalam hal ini KKI sebagai lembaga negara yang bertanggung jawab meregulasi dokter dan *stakeholder* lain, yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan, dan kolegium, bertanggung jawab mengurai masalah ini.



Pertama, meningkatkan lulusan fakultas kedokteran dengan pembenahan lembaga pendidikan kedokteran. Memproduksi dokter tak hanya dalam penguasaan ilmu, tetapi juga teknologi kedokteran, empati pada pasien, termasuk kedisiplinan dan etika sebagai kompetensi seorang dokter.

Dalam kompetensi, termasuk penguasaan ilmu dan keterampilan membuat diagnosis dan mengambil keputusan ilmiah, keputusan memberikan tindakan medis yang tepat dan akurat.

Maka, sangat rasional mempertimbangkan pembukaan fakultas kedokteran baru bagi pendidikan dokter umum, program studi di fakultas kedokteran swasta terakreditasi unggul, dan moratorium di beberapa daerah, termasuk terluar, tertinggal, dan terisolasi.

Kedua, mempermudah adaptasi dokter Indonesia lulusan luar negeri atau dokter diaspora.

Banyak dokter diaspora yang berkarier di luar negeri. Potensi ini perlu dimanfaatkan Indonesia berupa transfer teknologi kedokteran, jaringan profesi dokter, bahkan kalau bisa tenaga yang sudah siap ini bisa kembali ke Indonesia.

Dibutuhkan regulasi yang mempermudah sehingga menjadi daya tarik bagi mereka untuk kembali ke Tanah Air (Perkonsil KKI No 97/2021).

Ketiga, mengembangkan kerja sama dokter Indonesia dengan negara maju dalam transfer pengetahuan dan teknologi kedokteran. Saat ini, tak ada satu negara pun bisa berdiri sendiri.

Keempat, pengembangan sertifikasi bagi dokter umum dengan keterampilan tambahan juga dokter spesialis yang ingin mengembangkan kompetensinya berupa *fellowship*, Rekognisi Kompetensi Lampau (RKL), maupun lewat jalur normal.

Kelima, memperhatikan globalisasi dan perjanjian dengan negara lain dalam upaya memberikan wewenang praktik dokter WNA untuk mengisi kekurangan dokter di Tanah Air.

Maladistribusi dokter dan kesenjangan penghasilan dokter saling terkait. Ini mengakibatkan kesenjangan penghasilan yang membuat sebagian dokter bermigrasi dari daerah tertentu ke daerah lebih tinggi densitasnya, seperti kota besar.

Untuk mengoptimalkan tugas dokter di perifer, dibutuhkan insentif dan perhatian terkait kesejahteraan dokter. Ini bisa dengan mempermudah untuk melanjutkan pendidikan spesialis, subspecialis, maupun bagi dokter yang ingin mengembangkan kompetensi tambahan.

Dengan melihat persoalan pelayanan kedokteran terkini dan mengutamakan alternatif solusi rasional, diyakini, persoalan pelayanan kedokteran dapat diatasi. Sehingga, dokter Indonesia dapat memberikan pelayanan terbaik dan menjadi tuan di negeri sendiri. ■