



IMPLEMENTASI PROGRAM PENDAYAGUNAAN DOKTER SPESIALIS SEBAGAI SALAH SATU BENTUK PENGABDIAN MASYARAKAT DI DAERAH

Amalia Rahmadinie*, Wayan Dhea Agastya

Fakultas Kedokteran, Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jawa Timur, Jl. Rungkut Madya, Gn. Anyar, Kec. Gn. Anyar, Surabaya, Jawa Timur 60294, Indonesia

*amaliarahmadinie.fk@upnjatim.ac.id

ABSTRAK

Kesenjangan akses pelayanan kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan masih menjadi tantangan serius di Indonesia. Program pendayagunaan dokter spesialis atau disingkat PGDS dirancang untuk mengatasi kekurangan tenaga dokter spesialis di daerah. Artikel ini bertujuan untuk menggambarkan implementasi program PGDS, khususnya dokter spesialis anestesi, sebagai bentuk pengabdian masyarakat di daerah. Metode yang digunakan adalah studi deskriptif kuantitatif, data dikumpulkan secara retrospektif dari rekam medis pasien, dan meliputi seluruh pasien yang mendapatkan pelayanan anestesi oleh dokter PGDS selama masa penempatan dari Desember 2021 sampai dengan Nopember 2022. Literatur yang digunakan dibatasi pada publikasi dalam 10 tahun terakhir untuk menjaga keterkinian informasi dan relevansi konteks kebijakan. Dapat terlihat bahwa program ini telah memberikan kontribusi positif terhadap akses layanan kesehatan di daerah, walaupun menghadapi berbagai tantangan seperti keterbatasan infrastruktur dan fasilitas serta keberlanjutan penempatan dokter yang masih perlu dibenahi. Pelaksanaan PGDS di daerah adalah strategi efektif dalam pemerataan layanan kesehatan di Indonesia sekaligus sebagai salah satu bentuk pengabdian terhadap masyarakat.

Kata kunci: layanan kesehatan; pengabdian masyarakat; PGDS

THE IMPLEMENTATION OF MEDICAL SPECIALIST DEPLOYMENT PROGRAM AS A MODEL OF COMMUNITY SERVICE IN REMOTE REGIONS

ABSTRACT

Disparities in healthcare access between urban and rural areas remain a significant challenge in Indonesia. The Medical Specialist Deployment Program (Program Pendayagunaan Dokter Spesialis/PGDS) was designed to address the shortage of medical specialists in remote regions. This article aims to describe the implementation of the PGDS program, particularly involving anesthesiologists, as a form of community service in remote regions. A quantitative descriptive method was used, with data collected retrospectively from patient medical records, covering all patients who received anesthesia services by PGDS doctor during the placement period from December 2021 to November 2022. The literature was limited to publications from the last ten years to ensure the relevance of current policy context. The findings indicate that the program has contributed positively to improving healthcare access in rural regions, despite facing challenges such as limited infrastructure, inadequate facilities, and issues with the continuity of doctor placements. The implementation of PGDS in remote regions proves to be an effective strategy for healthcare equity in Indonesia and serves as a model of meaningful community service.

Keywords: community service; health service; PGDS

PENDAHULUAN

Secara astronomis Indonesia yang berada di antara 6° Lintang Utara (LU) sampai 11° Lintang Selatan (LS) dan 95° sampai 141° Bujur Timur (BT), yang menunjukkan negara Indonesia

dilewati oleh garis khatulistiwa. Secara geografis, Indonesia terletak di antara benua Australia dan benua Asia, serta berada di antara samudera Hindia dan samudera Pasifik.

Menurut Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 100.1.1-6117 Tahun 2022 tentang Pemberian dan Pemutakhiran Kode, Data Wilayah Administrasi Pemerintahan, dan Pulau, Indonesia merupakan negara kepulauan yang terdiri dari 17.374 pulau, dengan luas wilayah sebesar 1.892.410,1 km². Banyaknya pulau yang ada di Indonesia dengan berbagai suku, budaya, dan bahasa, menimbulkan tantangan tersendiri dalam upaya pemerintah untuk memenuhi pelayanan kesehatan masyarakat Indonesia (Kemenkes RI, 2024a). Banyak wilayah yang masih mengalami keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan yang memadai, baik dari segi infrastruktur, tenaga medis, maupun ketersediaan peralatan medis. Salah satu permasalahan utama yang dihadapi adalah kurangnya jumlah dokter spesialis yang tersebar secara merata di seluruh wilayah Indonesia. Sebagian besar dokter spesialis terkonsentrasi di kota-kota besar, sehingga masyarakat di daerah pelosok sering kali harus menempuh jarak yang jauh atau bahkan tidak mendapatkan pelayanan spesialis sama sekali.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan target rasio dokter dengan populasi masyarakat adalah sebesar 1:1000 orang (WHO. The Global Health Observatory, 2023). Namun, dalam praktiknya, banyak negara anggota WHO, termasuk Indonesia, melaporkan bahwa seorang dokter harus melayani lebih dari 1.000 orang. Saat ini saja, jumlah tenaga medis (dokter umum dan dokter spesialis) di Indonesia sebanyak 202.967 orang. Sedangkan jumlah penduduk Indonesia per 2024 sekitar 281.603.779. Sementara dengan jumlah yang ada saat ini, rasio existing Indonesia hanya 0,72 per 1.000 penduduk (Dinkes Papua, 2024).

Kondisi ini diperparah oleh konsentrasi dokter yang cenderung terpusat di kota-kota besar dan rumah sakit (RS) tersier, menyebabkan masyarakat di daerah tertinggal harus melakukan perjalanan jauh untuk mendapatkan layanan spesialis yang dibutuhkan. Dampaknya, banyak kasus yang semestinya bisa ditangani di fasilitas layanan kesehatan tingkat pertama atau rujukan tingkat awal menjadi terlambat ditangani, yang kemudian berkontribusi terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian yang dapat dicegah. Oleh karena itu, diperlukan upaya serius dari berbagai pihak untuk meningkatkan distribusi tenaga kesehatan, khususnya dokter spesialis, guna mewujudkan pelayanan kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh rakyat Indonesia. Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS) bertujuan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dan pelayanan kesehatan spesialis, pemerataan pelayanan kesehatan spesialis, peningkatan mutu pelayanan kesehatan di daerah, dan mendukung pelaksanaan pendekatan keluarga pada pelayanan kesehatan tingkat rujukan. Saat ini, terdapat tujuh jenis spesialis yang termasuk ke dalam PGDS, yaitu spesialis anak (Sp.A), spesialis obstetri dan ginekologi (Sp.OG), spesialis penyakit dalam (Sp.PD), spesialis bedah (Sp.B), spesialis anastesi dan terapi intensif (Sp.An-TI), spesialis patologi klinik (Sp.PK), dan spesialis radiologi (Sp.Rad) (Kemenkes RI, 2024a).

Pada tahun 2023 saja, telah ditempatkan sejumlah 586 orang dokter spesialis yang ditempatkan di 38 provinsi, termasuk juga RS milik institusi TNI/POLRI dan K/L lainnya yang mengikuti program PGDS. Peserta PGDS terbagi menjadi Peserta Penerima Bantuan Langsung (PBL) ASN dan Peserta Penerima Bantuan Tidak Langsung (PBTL) non ASN. Peserta Penerima Bantuan Langsung adalah peserta yang menerima bantuan biaya pendidikan (tugas belajar) yang bersumber dari APBN/APBD. Peserta Penerima Bantuan Tidak Langsung adalah peserta yang menerima bantuan biaya Pendidikan dari Pemerintah Pusat melalui fakultas kedokteran dan RS yang menyelenggarakan pendidikan profesi dokter spesialis (Kemenkes RI, 2024a).

Menurut Permenkes RI No. 36 tahun 2019, peserta penempatan dokter spesialis dapat ditempatkan pada RS milik Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan atau RS rujukan regional atau provinsi yang ada di seluruh wilayah Indonesia; dan bisa juga ditempatkan di RS lain yang ditetapkan oleh Menteri. Pada pelaksanaannya sendiri, calon peserta PGDS diberi kesempatan untuk memilih RS yang akan mereka tempati berdasarkan daftar RS yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan pada periode waktu tertentu. Salah satu cabang spesialisasi yang sangat krusial dalam layanan kesehatan di RS adalah spesialis anestesi dan terapi intensif. Peran dokter spesialis anestesi tidak hanya terbatas pada pemberian anestesi saat operasi, tetapi juga perawatan pasien kritis di ruang perawatan intensif (ICU), serta keterlibatan dalam manajemen nyeri. Namun, jumlah dokter anestesi di daerah masih sangat terbatas, padahal pelayanan mereka merupakan syarat mutlak terselenggaranya prosedur bedah dengan aman. Tanpa kehadiran dokter anestesi, RS tidak dapat menjalankan layanan bedah elektif maupun darurat secara optimal. Artikel ini bertujuan untuk menganalisis implementasi PGDS dari sisi dokter spesialis anestesi yang pernah ditempatkan di RS milik Pemerintah Daerah sebagai bentuk nyata pengabdian masyarakat di daerah di Indonesia.

METODE

Penelitian ini merupakan studi deskriptif kuantitatif yang bertujuan untuk menggambarkan implementasi program PGDS, khususnya dokter spesialis anestesi, sebagai bentuk pengabdian masyarakat di daerah. Lokasi penelitian adalah di salah satu RS milik pemerintah daerah yang berada di wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat, Indonesia. Pelaksanaan pengabdian oleh dokter spesialis anestesi dalam program PGDS di RS ini berlangsung selama satu tahun, yaitu sejak bulan Desember 2021 hingga November 2022. Selama periode tersebut, dokter spesialis anestesi yang mengikuti program ini secara aktif memberikan pelayanan anestesi pada berbagai jenis tindakan, yaitu pelayanan anestesi dan manajemen nyeri pada pembedahan umum, obstetri, dan ginekologi, serta pelayanan perawatan intensif di unit ICU (*Intensive Care Unit*). Seluruh kegiatan dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO) yang berlaku di rumah sakit serta pedoman pelayanan anestesi dari Perhimpunan Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif Indonesia (PERDATIN).

Data yang dianalisis dalam penelitian ini meliputi seluruh pasien yang mendapatkan pelayanan anestesi oleh dokter PGDS selama masa penempatan. Data dikumpulkan secara retrospektif dari rekam medis pasien. Variabel yang diamati meliputi karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin dan kelompok usia, klasifikasi status fisik pasien menurut *American Society of Anesthesiologists* (ASA), jenis teknik anestesi yang digunakan, jenis pelayanan anestesi (operasi, ICU), kasus pasien yang dirujuk ke RS lain, serta distribusi kasus berdasarkan jenis tindakan (bedah, obstetri, dan ginekologi). Pengolahan data dilakukan secara kuantitatif dengan metode deskriptif statistik. Data diklasifikasikan berdasarkan triwulan (triwulan 1 – triwulan 4) untuk menggambarkan tren layanan selama periode pelaksanaan program. Seluruh data disajikan dalam bentuk tabel dan grafik untuk memudahkan interpretasi serta narasi analitik. Penelitian ini tidak melibatkan intervensi langsung terhadap pasien dan tidak mengungkapkan identitas personal, sehingga tidak memerlukan persetujuan etik formal. Namun, prinsip-prinsip etika penelitian tetap dijaga melalui perlindungan data pribadi dan kerahasiaan informasi klinis pasien.

Kajian literatur dilakukan secara sistematis terhadap artikel ilmiah, laporan kebijakan, dan publikasi resmi yang relevan dengan konteks distribusi dokter spesialis dan pengembangan pelayanan kesehatan daerah. Literatur yang digunakan dalam penelitian ini dibatasi pada publikasi dalam 10 tahun terakhir untuk menjaga keterkinian informasi dan relevansi konteks kebijakan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Pelayanan Dokter Spesialis Anestesi dalam PGDS

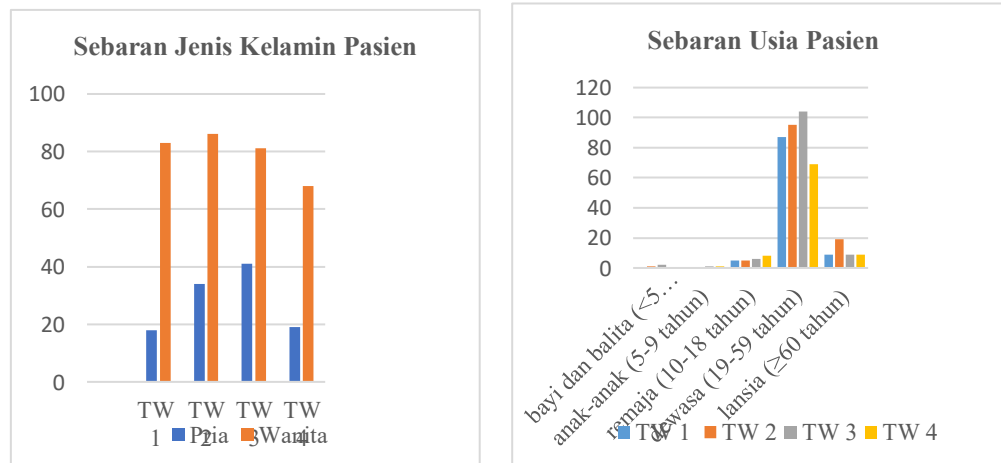
Pelaksanaan PGDS oleh dokter spesialis anestesi selama satu tahun di RS milik pemerintah daerah di Provinsi Nusa Tenggara Barat telah memberikan dampak yang signifikan terhadap peningkatan kapasitas layanan medis di RS tersebut. Selama periode Desember 2021 hingga November 2022, tercatat sebanyak 430 pasien yang mendapatkan pelayanan anestesi, terdiri dari 418 pasien tindakan anestesi/operasi, 9 pasien ICU, dan 3 pasien yang harus dirujuk ke RS dengan fasilitas lebih lengkap seperti yang terlihat pada tabel 1.

Tabel 1.
Profil Pasien

Variabel		TW 1	TW 2	TW 3	TW 4	
JK	Pria	18	34	41	19	
	Wanita	83	86	81	68	
Usia	Bayi dan balita (<5 tahun)	0	1	2	0	
	Anak-anak (5-9 tahun)	0	0	1	1	
	Remaja (10-18 tahun)	5	5	6	8	
	Dewasa (19-59 tahun)	87	95	104	69	
	Lansia (≥60 tahun)	9	19	9	9	
Status Fisik menurut ASA	ASA 1	25	39	42	27	
	ASA 2	59	55	52	51	
	ASA 3	10	19	23	7	
	ASA 4	2	2	3	2	
	ASA 5	0	0	0	0	
Teknik Anestesi	RA SAB	76	65	74	59	
	GA Intubasi	1	2	1	1	
	GA LMA	7	21	23	11	
	GA TIVA	12	25	19	16	
	Peripheral Block	0	1	1	0	
Jenis Pelayanan Anestesi	Perawatan Intensif di ICU	4	3	2	0	
	Pembedahan/Ope rasi	Bedah	37	59	73	40
		Obstetri	36	38	35	36
		Ginekologi	23	18	12	11
Kasus yang Dirujuk		1	2	0	0	

Sebaran jumlah pasien ini menggambarkan peran vital dokter anestesi dalam menunjang layanan perawatan intensif dan operatif di RS sehingga mampu menjalankan prosedur bedah secara mandiri, tanpa harus merujuk semua kasus ke fasilitas kesehatan tingkat lebih tinggi.

Distribusi Jenis Kelamin dan Usia Pasien

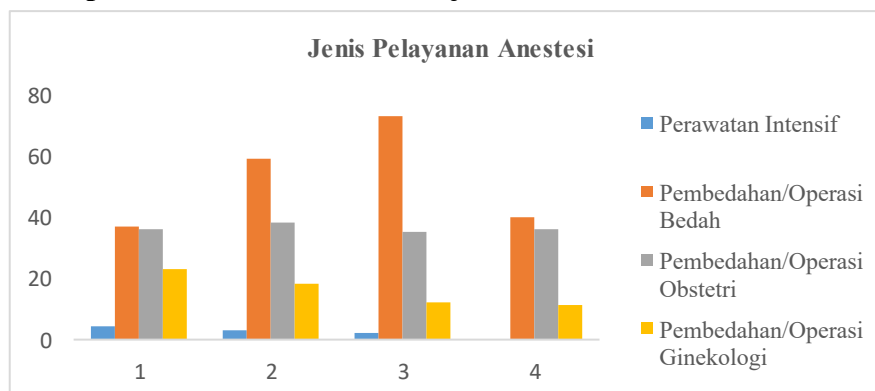


Gambar 1. Sebaran Jenis Kelamin dan Usia Pasien selama 4 Triwulan

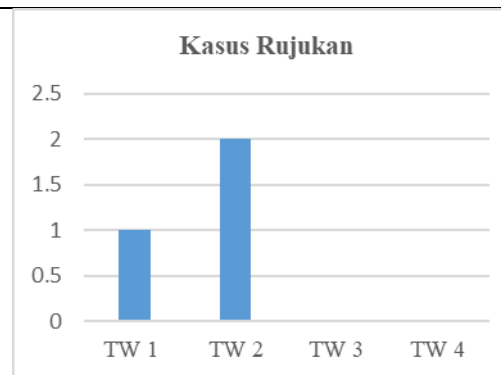
Selama empat triwulan pelaporan, distribusi pasien berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa jumlah pasien perempuan secara konsisten lebih tinggi dibandingkan pasien laki-laki, hal ini dikarenakan jumlah pasien obstetri dan ginekologi yang relatif banyak. Pada triwulan 1 tercatat 18 pasien laki-laki dan 83 pasien perempuan. Jumlah pasien laki-laki meningkat pada triwulan 2 dan 3 menjadi masing-masing 34 dan 41 pasien, lalu menurun menjadi hanya 19 pada triwulan 4. Sementara itu, jumlah pasien perempuan sedikit fluktuatif, dengan 86 pasien pada triwulan 2, 81 pasien pada triwulan 3, dan 68 pasien pada triwulan 4.

Distribusi berdasarkan kelompok usia didasarkan pada pembagian kategori usia menurut Kemenkes RI, yang mana data menunjukkan bahwa sebagian besar pasien berada pada kelompok usia dewasa (19–59 tahun), yaitu sebanyak 87 pasien pada triwulan 1, 95 pasien pada triwulan 2, 104 pasien pada triwulan 3, dan menurun menjadi 69 pasien pada triwulan 4. Ini menunjukkan bahwa pelayanan anestesi di rumah sakit ini terutama dibutuhkan oleh kelompok usia produktif, yang umumnya mengalami kebutuhan operasi elektif maupun emergensi karena trauma, obstetri, atau penyakit akut. Kelompok usia remaja (10–18 tahun) mencatat jumlah pasien yang relatif stabil, berkisar antara 5 hingga 8 pasien per triwulan. Sementara itu, kelompok bayi dan balita (<5 tahun) serta anak-anak (5–9 tahun) mencatat jumlah yang sangat rendah, pada semua triwulan yang mencerminkan minimnya kasus pediatrik pada saat PGDS berlangsung. Lansia (≥60 tahun) tercatat sebanyak 9 pasien pada triwulan 1, 3, dan 4, serta terbanyak dengan 19 pasien pada triwulan 2.

Jenis Pelayanan: Operasi, ICU, dan Kasus Rujukan



Gambar 2. Jenis Pelayanan Anestesi yang Dilakukan selama 4 Triwulan



Gambar 3. Jumlah Kasus Rujukan selama 4 Triwulan

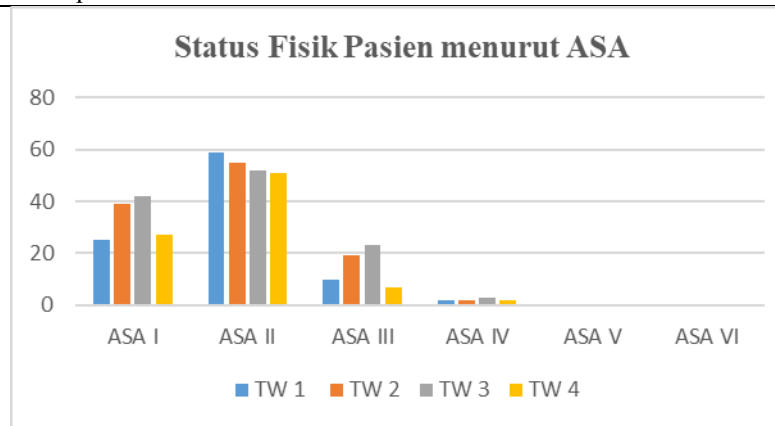
Mayoritas layanan anestesi ditujukan untuk keperluan operasi. Data menunjukkan bahwa kasus bedah umum mendominasi, diikuti oleh obstetri dan ginekologi, aling banyak pada jenis bedah umum, yaitu sebanyak 37 pasien pada triwulan 1, meningkat menjadi 59 pasien pada triwulan 2 dan 73 pasien pada triwulan 3, lalu menurun menjadi 40 pasien pada triwulan 4. Pelayanan anestesi untuk kasus obstetri relatif stabil, berkisar antara 35 hingga 38 pasien per triwulan. Sedangkan untuk ginekologi, tercatat penurunan dari 23 pasien pada triwulan 1 menjadi 11 pasien pada triwulan 4. Pelayanan perawatan intensif di ICU jumlahnya tidak terlalu banyak, hanya 4 pasien pada triwulan 1, 3 pasien pada triwulan 2, dan 2 pasien pada triwulan 3, sementara pada triwulan 4 tidak ada pasien yang dirawat di ICU, sedangkan kasus rujukan hanya tercatat pada triwulan 1 dan 2, masing-masing sebanyak 1 dan 2 kasus. Alasan pasien dirujuk saat itu adalah karena pasien memerlukan tindakan hemodialisis yang mana fasilitas tersebut tidak ada di RS tempat PGDS.

Status Fisik Pasien Berdasarkan ASA

Salah satu indikator penting dalam pemilahan risiko anestesi adalah klasifikasi ASA (*American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System*). Sistem ini pertama kali diperkenalkan oleh ASA pada tahun 1941 dan mengalami revisi terakhir pada tahun 2020. ASA digunakan oleh dokter anestesi di seluruh dunia untuk menilai kondisi umum kesehatan pasien sebelum menjalani tindakan anestesi. Kategori ini bersifat prediktif terhadap risiko intraoperatif dan perioperatif.

Klasifikasi ASA terbagi sebagai berikut (ASA, 2020):

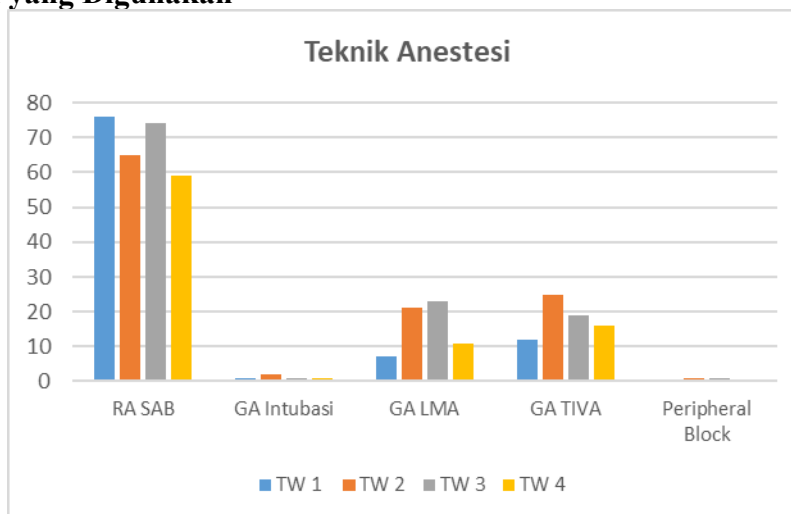
- ASA I: Pasien sehat tanpa penyakit sistemik.
- ASA II: Pasien dengan penyakit sistemik ringan–sedang tanpa gangguan fungsional (misalnya hipertensi terkontrol).
- ASA III: Pasien dengan penyakit sistemik berat yang menyebabkan gangguan fungsional (misalnya diabetes dengan komplikasi).
- ASA IV: Pasien dengan penyakit sistemik berat yang mengancam nyawa.
- ASA V: Pasien moribund, tidak diperkirakan bertahan hidup >24 jam tanpa pembedahan.
- ASA VI: Pasien dengan mati batang otak yang dilakukan pengambilan organ untuk keperluan donor.
- E: Ditambahkan pada status ASA jika tindakan operasi bersifat emergensi.



Gambar 4. Status Fisik Pasien menurut ASA selama 4 Triwulan.

Dalam praktik PGDS ini, mayoritas pasien tergolong ASA II, yakni berkisar antara 51 hingga 59 pasien per triwulan, mencerminkan mayoritas pasien memiliki penyakit penyerta ringan–sedang. ASA I juga banyak dijumpai, khususnya pada pasien obstetri dan ginekologi yang umumnya dalam keadaan sehat secara sistemik. Kategori ASA III, yang mewakili pasien dengan kondisi sistemik berat, juga cukup signifikan pada triwulan 3 (23 pasien), namun turun drastis menjadi hanya 7 pasien pada triwulan 4. Adapun pasien ASA IV jumlahnya rendah dan stabil, dan tidak terdapat pasien ASA V ataupun ASA VI. Data ini menunjukkan bahwa kasus dengan risiko tinggi umumnya dirujuk langsung ke RS tipe yang lebih tinggi karena keterbatasan fasilitas di rumah sakit tersebut. Evaluasi status ASA ini penting tidak hanya untuk pertimbangan klinis, tetapi juga untuk alokasi sumber daya serta perencanaan tindakan anestesi yang sesuai tingkat risiko.

Teknik Anestesi yang Digunakan



Gambar 5. Teknik Anestesi yang Digunakan selama 4 Triwulan

Selama masa PGDS, dokter spesialis anestesi menggunakan berbagai teknik anestesi yang disesuaikan dengan kebutuhan klinis dan kondisi pasien. Teknik *Regional Anesthesia Subarachnoid Block* (RA SAB) atau spinal anestesi menjadi teknik yang paling dominan, dengan jumlah tertinggi pada triwulan 1 (76 pasien) dan terendah pada triwulan 4 (59 pasien). Teknik ini banyak digunakan terutama pada operasi obstetri (seperti seksio sesarea), ginekologi, dan bedah perut bawah.

General Anesthesia (GA) dengan *Laryngeal Mask Airway* (LMA) dan *Total Intravenous Anesthesia* (TIVA) digunakan terutama untuk pasien dengan tindakan bedah di atas diafragma

atau yang memerlukan kontrol jalan napas lebih baik. GA LMA meningkat tajam pada triwulan 2 dan 3 (21 dan 23 pasien), menunjukkan peningkatan kemampuan rumah sakit dalam penanganan anestesi umum nonintubasi. Teknik GA TIVA, yang merupakan metode anestesi dengan infus agen anestetik tanpa inhalasi, digunakan antara 12–25 pasien per triwulan. Teknik intubasi GA dan *peripheral nerve block* masih jarang digunakan, Namun, variasi teknik ini mencerminkan fleksibilitas dan kompetensi dokter PGDS dalam memilih metode anestesi yang tepat sesuai kondisi klinis pasien dan sumber daya yang tersedia.

Kontribusi PGDS terhadap Pengabdian Masyarakat dan Transformasi Kesehatan

Dari hasil ini, terlihat bahwa program PGDS oleh dokter anestesi tidak hanya menjadi solusi jitu terhadap kekurangan tenaga dokter spesialis di daerah, melainkan juga menjadi wujud pengabdian masyarakat yang konkret dan berkelanjutan. Dokter PGDS tidak sekadar menjalankan fungsi klinis, tetapi juga menjadi agen transformasi layanan kesehatan di tingkat daerah; yaitu berperan sebagai pengajar dan penyemangat bagi tenaga kesehatan lokal, khususnya dalam peningkatan kegawatdaruratan dan tata laksana nyeri akut pascaoperasi. Program ini juga sejalan dengan agenda transformasi sistem kesehatan nasional, khususnya dalam kerangka transformasi layanan rujukan dan transformasi SDM kesehatan, dua dari enam pilar transformasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2024b). Dengan keberadaan spesialis anestesi di daerah, layanan operasi dasar dapat ditangani secara mandiri tanpa bergantung pada sistem rujukan, terutama bagi pasien dalam kondisi kritis. Selain itu, PGDS turut berkontribusi dalam membentuk jejaring komunikasi dan kolaborasi antarfasilitas kesehatan.

Meskipun menunjukkan hasil yang positif, pelaksanaan PGDS ini juga tidak luput dari tantangan. Berdasarkan temuan di lapangan, beberapa kendala utama yang memengaruhi efektivitas program antara lain:

1. Keterbatasan infrastruktur: ruang operasi belum sepenuhnya standar, sistem sirkulasi udara kurang ideal, dan beberapa alat anestesi masih belum tersedia, seperti set untuk pediatri dan pemeriksaan analisis gas darah.
2. Keterbatasan tenaga kesehatan lain: jumlah perawat anestesi masih kurang.
3. Insentif dan kesejahteraan dokter: keamanan finansial dan tempat tinggal menjadi isu yang mempengaruhi keberlanjutan partisipasi dokter di RS tempat PGDS.

SIMPULAN

Program PGDS merupakan wujud konkret dari pelaksanaan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan, yang tidak hanya mencerminkan tanggung jawab profesional dokter terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat, tetapi juga menjadi strategi pemerintah dalam pemerataan pelayanan kesehatan spesialis. Melalui PGDS ini, para dokter spesialis ditempatkan di berbagai daerah, terutama wilayah yang mengalami kekurangan tenaga spesialis, guna memberikan pelayanan medis yang berkualitas sekaligus berkontribusi dalam pembangunan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan, juga sebagai bagian dari pengabdian kepada masyarakat oleh tenaga kesehatan profesional.

Hasil penelitian deskriptif ini menunjukkan bahwa implementasi PGDS oleh dokter spesialis anestesi memberikan kontribusi yang signifikan terhadap peningkatan kapasitas layanan rumah sakit, terutama dalam bidang pelayanan anestesi seperti pembiusan, manajemen nyeri, dan perawatan intensif. Keberhasilan program PGDS tidak terlepas dari sejumlah tantangan signifikan, yang diharapkan ke depannya dapat dilakukan perbaikan oleh pihak yang memiliki kewenangan, baik itu Pemerintah Daerah ataupun Kementerian Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2023*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- World Health Organization. (2023). *Density of physicians (per 1000 population)*. The Global Health Observatory. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/112>.
- Dinas Kesehatan Papua. (2024, Mei 7). *Krisis dokter di Indonesia: Upaya pemerintah dan tantangan mendesak*. <https://dinkes.papua.go.id/krisis-dokter-di-indonesia-upaya-pemerintah-dan-tantangan-mendesak/>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Presiden Nomor 31 tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis*.
- American Society of Anesthesiologists. (2020, December 13). *Statement on ASA physical status classification system*. <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Buku kinerja Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2022–2023: Transformasi kesehatan mewujudkan masyarakat Indonesia sehat dan unggul*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

