

**GAMBARAN KEBIJAKAN  
KETENAGAAN KESEHATAN DI INDONESIA:  
STUDI DESKRIPTIF TAHUN 1993**

**Bambang Hartono<sup>1</sup>, I.B. Indra Gotama<sup>2</sup>, Dachroni<sup>3</sup>,  
Budhi Yahmono<sup>4</sup>, dan Wandaningsih<sup>5</sup>**

**ABSTRACT**

*HEALTH MANPOWER POLICY IN INDONESIA:  
DESCRIPTIVE STUDY, 1993*

*A descriptive study entitled "Health Manpower Policy in Indonesia" had been conducted from April 1993 to March 1994. The study was focused on analyzing health manpower policy documents such as National Acts, Presidential Decrees, Ministerial Decrees, etc.*

*There were 273 documents which had been analyzed. The results of the study are the followings.*

- 1. Most of the policy documents (52%) contain operational policies, while the rest 22% contain technical policies, 20% contain general policies, and 6% contain national policies.*
- 2. Most of the operational policies (79%) were made by Minister of Health, 4% made jointly by Minister of Health and other, and 17% by others. Technical policies which are supposed to be made by Echelon I or II officials, mostly (68%) were made by Minister of Health. It reveals that delegation of authority in policy formulation in the Ministry of Health is not effective yet.*
- 3. There are 10% of technical policies which were derived from other technical policies, and 55% of operational policies which were derived from other operational policies. Around 54% of the operational policies had no technical policies.*
- 4. Health manpower policy is highly concentrated on utilization (75%). There are only 19.5% policies on education, 1% on planning, 1.5% on information system, and 0.5% on research. It means that health manpower planning, including its research and information system supports are still neglected.*

---

1 Biro Organisasi, Setjen Depkes RI  
2 Badan Litbangkes, Depkes RI  
3 Pusat PKM, Depkes RI  
4 Biro Hukmas, Setjen Depkes RI  
5 Pusat Data Kesehatan, Setjen Depkes RI.

5. *There are 59% policies on medical and nursing education and only 24% on public health workers education. From utilization side, there are 58% policies on the utilization of medical and nursing professionals and only 12% policies on public health workers utilization. It reveals that policies on planning, education, as well as utilization of public health workers still need to be improved to reach a balance between public health services and medical services.*

## PENDAHULUAN

Peningkatan dan pemantapan manajemen dan hukum kesehatan merupakan sesuatu yang sangat penting bagi keberhasilan pembangunan bidang kesehatan. Dalam Rencana Pokok Program Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RP3JPK) upaya ini merupakan salah satu karya dari Pancakarya Husada, yaitu Karya Husada Kelima.<sup>1</sup>

Aspek terpenting dari manajemen dan hukum kesehatan adalah kebijakan bidang kesehatan. Yaitu petunjuk menyeluruh secara verbal dan tertulis yang menetapkan batas-batas umum serta arah bagi tindakan-tindakan manajerial yang akan dilaksanakan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Kebijakan atau "policy" adalah juga pedoman berfikir bagi pimpinan dalam pengambilan keputusan atau dalam penggunaan sumberdaya untuk mencapai tujuan.

Kebijakan bidang kesehatan luas sekali cakupannya. Namun demikian bila dikaitkan dengan Pembangunan Jangka Panjang II dan Pembangunan Lima Tahun VI, kiranya dapat disetujui bahwa cakupan yang terpenting adalah tentang ketenagaan kesehatan. Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN) tahun 1993-1998 menyebutkan tentang arah Pembangunan Jangka Panjang II antara lain sebagai berikut.<sup>2</sup>

1. Pembangunan Jangka Panjang Kedua diarahkan untuk meningkatkan kualitas manusia dan masyarakat Indonesia agar makin maju, mandiri dan sejahtera berdasarkan Pancasila.

2. Pertumbuhan ekonomi harus didukung oleh peningkatan produktivitas dan efisiensi serta sumberdaya manusia yang berkualitas.

Sedangkan tentang Pembangunan Lima Tahun VI, GBHN 1993-1998 menyebutkan bahwa salah satu prioritasnya adalah pembangunan sumberdaya manusia agar makin meningkat kualitasnya sehingga dapat mendukung pembangunan ekonomi melalui peningkatan produktivitas dengan pendidikan nasional yang makin merata dan bermutu, disertai peningkatan dan perluasan pendidikan keahlian yang dibutuhkan berbagai bidang pembangunan, serta pengembangan ilmu dan teknologi yang makin mantap.

Pemerintah telah banyak mengeluarkan kebijakan di bidang kesehatan, khususnya yang menyangkut perihal ketenagaan kesehatan. Namun demikian dalam rangka pelaksanaan Rencana Pembangunan Lima Tahun VI (Repelita VI), dikhawatirkan masih akan dijumpai masalah-masalah dalam ketenagaan kesehatan. Yaitu misalnya kurang tuntasnya pelaksanaan suatu kebijakan karena tidak diikuti oleh terbitnya kebijakan-kebijakan lain yang lebih rendah sebagai tindak lanjutnya, tidak/kurang relevannya suatu kebijakan dengan kebijakan Repelita VI, dan lain-lain.

Atas dasar pertimbangan tersebut, maka berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 00.06.1.1047 Tahun 1993 tentang Pembentukan Tim Pelaksana Penelitian Proyek Penelitian dan Pengembangan Kesehatan tahun

1993/1994, telah diselenggarakan kajian kebijakan kesehatan lingkup nasional, khusus mengenai ketenagaan kesehatan, untuk mengetahui "peta" (gambaran) tentang kebijakan lingkup nasional bidang ketenagaan kesehatan.

Dengan diketahuinya "peta" tentang kebijakan lingkup nasional bidang ketenagaan kesehatan, maka akan dapat dilakukan penataan kembali (pembatalan/revisi/ perubahan/penyesuaian, dan lain-lain) kebijakan-kebijakan di bidang ketenagaan kesehatan.

## RUANG LINGKUP PENELITIAN

Kebijakan di bidang pemerintahan (kebijakan publik) di Indonesia dapat digolongkan ke dalam (1) kebijakan lingkup nasional, dan (2) kebijakan lingkup wilayah/ daerah. Kebijakan lingkup nasional adalah kebijakan yang memiliki dampak ke seluruh wilayah negara Republik Indonesia. Sedangkan kebijakan lingkup wilayah/daerah adalah kebijakan yang dampaknya hanya sampai provinsi/Dati I atau kabupaten/Dati II yang bersangkutan.

Karena terbatasnya sumber daya, maka penelitian ini hanya memusatkan perhatian kepada kebijakan lingkup nasional di bidang ketenagaan kesehatan. Khususnya yang melibatkan, sangat erat berkaitan dengan, dan/ atau merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan. Sedangkan kebijakan yang dikaji dibatasi hanya yang berupa dokumen-dokumen resmi seperti undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, dan lain-lain sejenis. Seluruh kategori tenaga kesehatan yang ada dicakupi dalam penelitian ini. Menurut Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan<sup>3</sup>, ketentuan mengenai kategori, jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah. Oleh karena

Peraturan Pemerintah tersebut sampai saat ini belum ada, maka penelitian ini mengacu kepada Undang-undang No. 6 tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan, yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan adalah:<sup>4</sup>

- a. Tenaga kesehatan sarjana, yaitu dokter, dokter gigi, apoteker, dan sarjana-sarjana lain dalam bidang kesehatan.
- b. Tenaga kesehatan sarjana muda, menengah dan rendah:
  - di bidang farmasi: asisten apoteker, dan sebagainya.
  - di bidang kebidanan : bidan, dan sebagainya.
  - di bidang perawatan : perawat, psikoterapis, dan sebagainya.
  - di bidang kesehatan masyarakat : penilik kesehatan, nutrisisionis, dan sebagainya.
  - di bidang-bidang kesehatan lain.

Dari segi kurun waktu, dokumen yang dikumpulkan dan dimasukkan ke dalam pangkalan data adalah semua dokumen peraturan perundang-undangan di bidang ketenagaan kesehatan yang pernah dibuat. Akan tetapi untuk kepentingan analisis, maka titik beratnya adalah pada peraturan perundang-undangan yang masih berlaku sebelum diundangkannya Undang-undang No. 23 tahun 1992.

## TUJUAN PENELITIAN

### Tujuan Umum.

Diperolehnya gambaran deskriptif tentang kebijakan lingkup nasional yang telah ada dalam bidang ketenagaan kesehatan.

### Tujuan Khusus.

1. Diperolehnya gambaran persebaran kebijakan lingkup nasional bidang ketenagaan

- kesehatan yang ada atas dasar tingkat dan bentuknya.
2. Diperolehnya gambaran persebaran kebijakan lingkup nasional bidang ketenagaan kesehatan yang ada berdasar substansinya.
  3. Diperolehnya gambaran penjabaran kebijakan lingkup nasional bidang ketenagaan kesehatan yang ada.

## BAHAN DAN CARA

Penelitian ini bersifat deskriptif, sehingga laporan yang dihasilkan bersifat membeberkan gambaran tentang kebijakan-kebijakan bidang ketenagaan kesehatan yang ada.

Data yang dikumpulkan adalah dokumen peraturan perundang-undangan yang berisi segala aspek ketenagaan kesehatan. Cara pengumpulan data adalah dengan menelusur dokumen tersebut melalui perpustakaan, unit dokumentasi hukum, dan unit-unit kerja lain, serta memfotokopinya. Penelusuran diawali dengan menyimak butir "Mengingat" dari setiap dokumen. Untuk menjamin keparipurnaan penelusuran, dilakukan pengecekan sampai ke pusat rujukan nasional, yaitu di Badan Pembinaan Hukum Nasional dari Departemen Kehakiman. Dokumen-dokumen yang terkumpul kemudian:

1. Dikelompokkan berdasar tingkatannya, dan diberi nomor kode.
2. Diabstrak isinya.
3. Dalam setiap tingkatan dikelompokkan menurut kategori tenaga.
4. Dalam setiap kategori tenaga dikelompokkan menurut bentuk.

Dengan cara tersebut di atas telah dapat dihasilkan Tabel Penjabaran Kebijakan Tenaga Kesehatan Lingkup Nasional. Dari Tabel Induk ini selanjutnya dibuat Gambar-gambar grafik dan Tabel Teks untuk membantu mengkaji:

1. Bagaimana persebaran kebijakan ketenagaan kesehatan yang ada dari segi tingkatan dan bentuknya.
2. Bagaimana persebaran kebijakan ketenagaan kesehatan yang ada dari segi substansinya.
3. Bagaimana gambaran penjabaran kebijakan ketenagaan kesehatan yang ada.

## HASIL-HASIL PENELITIAN

### Tinjauan Kepustakaan

Menurut buku "Sistem Administrasi Negara Republik Indonesia" (SANRI)<sup>5</sup>, dalam kegiatan pemerintahan, kebijakan pada dasarnya merupakan ketentuan-ketentuan yang harus dijadikan pedoman, pegangan, atau petunjuk bagi setiap usaha dan kegiatan aparatur pemerintah, sehingga tercapai kelancaran dan keterpaduan dalam mencapai tujuan tertentu.

Sebagaimana disebutkan di depan, kebijakan di bidang pemerintahan (kebijakan publik) di Indonesia dapat digolongkan ke dalam dua kategori, yaitu kebijakan publik berlingkup nasional dan kebijakan publik berlingkup wilayah/daerah. Menurut buku "SANRI", baik kebijakan lingkup nasional maupun kebijakan lingkup wilayah/daerah memiliki tingkatan-tingkatan. Tingkatan-tingkatan tersebut adalah:

1. *Kebijakan nasional* yaitu peraturan perundang-undangan yang bersifat fundamental dan strategis dalam pencapaian tujuan nasional/negara sebagaimana tertera dalam Undang-undang Dasar.

Wewenang penetapan peraturan perundang-undangan ini berada di tangan Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) dan di

tangan Presiden bersama-sama Dewan Perwakilan Rakyat (DPR). Presiden sendiri dapat juga menetapkan peraturan mengenai hal-hal yang sama sekali belum diatur dalam peraturan yang ditetapkan oleh MPR atau oleh Presiden bersama DPR dalam kepentingan memaksa.

Bentuk kebijakan nasional dapat berupa: Undang-undang Dasar, Ketetapan MPR, Undang-undang, dan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang.

2. *Kebijakan umum* yaitu peraturan perundang-undangan yang ditetapkan oleh Presiden yang lingkupnya menyeluruh, bersifat nasional dan berupa penggarisan ketentuan-ketentuan yang bersifat makro strategis dalam rangka pelaksanaan tugas umum pemerintahan dan pembangunan sebagai pelaksanaan UUD, Ketetapan MPR, dan Undang-undang, guna mencapai tujuan nasional.

Wewenang penetapan peraturan perundang-undangan ini sepenuhnya ada pada Presiden.

Bentuk kebijakan umum dapat berupa Peraturan Pemerintah, Keputusan Presiden, Peraturan atau Instruksi Presiden.

3. *Kebijakan pelaksanaan* adalah peraturan perundang-undangan yang merupakan penjabaran dari kebijakan umum, sebagai strategi pelaksanaan tugas umum pemerintahan dan pembangunan. Dengan demikian, peraturan perundang-undangan ini harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan tingkat atasnya dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Wewenang penetapan peraturan perundang-undangan ini ada pada Menteri dan

pejabat yang setingkat Menteri dan Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Departemen (LPND).

Bentuknya dapat berupa : Peraturan, Keputusan, atau Instruksi dari pejabat-pejabat tersebut.

4. *Kebijakan teknis* adalah peraturan perundang-undangan yang merupakan penjabaran dari kebijakan pelaksanaan, memuat pengaturan teknis dan administratif dalam pelaksanaan tugas umum pemerintahan dan pembangunan. Karena isi dan jiwanya sudah bersifat pengaturan pelaksanaan secara teknis dan administratif, peraturan ini lazim disebut Pedoman Pelaksanaan atau Petunjuk Teknis.

Wewenang penetapan peraturan ini berada di tangan Direktur Jenderal, Sekretaris Jenderal, Inspektur Jenderal, dan Kepala Badan Departemen atau Pimpinan LPND.

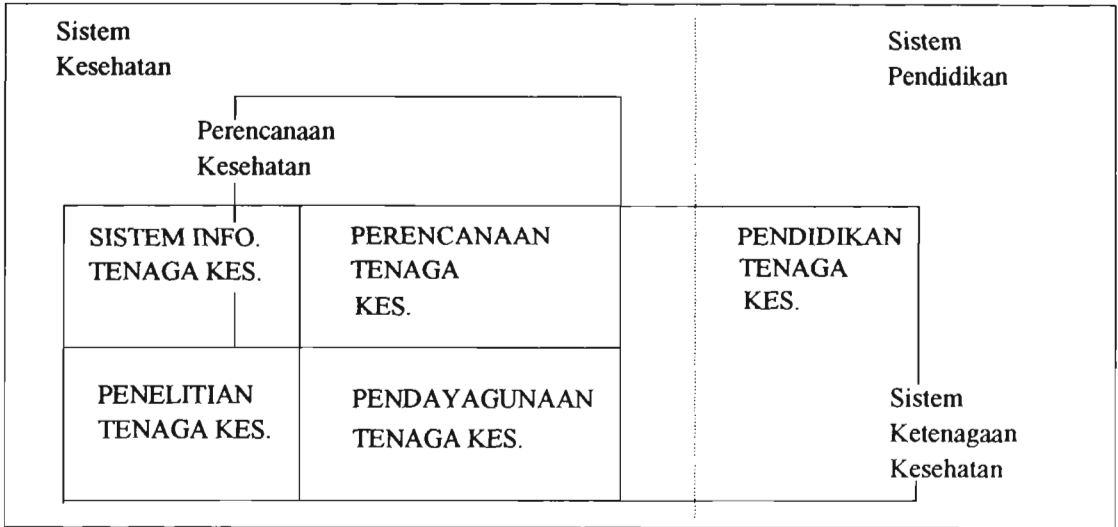
Bentuknya dapat berupa : Peraturan, Keputusan, Instruksi, Surat Edaran dari pejabat-pejabat tersebut.

David Tejada-de-Rivero dalam buku "Health manpower planning: principles, methods, issues" yang disunting oleh Hall dan Mejia, menyebutkan bahwa bidang ketenagaan kesehatan sebagai suatu sistem sebenarnya terdiri atas tiga komponen besar, yaitu:<sup>6</sup>

1. Perencanaan tenaga kesehatan.
2. Produksi atau pendidikan tenaga kesehatan.
3. Pendayagunaan tenaga kesehatan.

Namun dari penjelasan selanjutnya diketahui bahwa ketiga komponen tersebut memerlukan dukungan data dan informasi. Karena data dan informasi dapat diperoleh baik dari sistem informasi maupun dari penelitian, maka dalam sistem ketenagaan kesehatan dapat ditambahkan dua komponen penting lain, yaitu:

4. Sistem informasi tenaga kesehatan.
5. Penelitian tenaga kesehatan.



Skema lima komponen ketenagaan kesehatan

Bila diinginkan agar sistem ketenagaan kesehatan berjalan dengan baik, maka kelima komponen tersebut harus diperhatikan, juga dalam hal kebijakannya. Dengan demikian, untuk setiap komponen seharusnya dapat dijumpai kebijakan yang mengaturnya. Berikut ini disajikan pengertian-pengertian yang berkaitan dengan hal tersebut.<sup>7,8</sup>

*Kebijakan perencanaan tenaga kesehatan* mencakup aturan-aturan yang berkaitan dengan: Identifikasi masalah ketenagaan kesehatan, Analisis masalah ketenagaan kesehatan, Perumusan alternatif pemecahan masalah ketenagaan kesehatan dan penetapan alternatif yang paling sesuai, Penetapan metode teknik yang digunakan, Penetapan tujuan-tujuan program dan kegiatan yang harus dilakukan.

*Kebijakan pendidikan tenaga kesehatan* mencakup pengaturan dalam hal-hal: Peningkatan/pengembangan jumlah dan kualitas tenaga pendidik, Penilaian dan pengembangan kurikulum, Peningkatan manajemen pendidikan, Peningkatan pendayagunaan

sumberdaya secara efektif dan efisien, Peningkatan dan pengembangan lembaga pendidikan, Peningkatan kerjasama lembaga pendidikan dengan masyarakat, Penilaian dan pengembangan serta pemantapan konsep pendidikan.

*Kebijakan pendayagunaan tenaga kesehatan* mencakup pengaturan tentang: Penyusunan rencana formasi, Pengadaan pegawai, Pengangkatan calon pegawai, Penilaian pelaksanaan pekerjaan, Pengangkatan calon pegawai menjadi pegawai, Penyusunan daftar urut kepangkatan, Pendidikan pelatihan, Pemberian kenaikan pangkat, Pemberian kenaikan gaji berkala, Pemberian tunjangan-tunjangan, Mutasi jabatan, Mutasi area, Pemberian cuti, Pemberian penghargaan, Pembinaan kesejahteraan, Penyelenggaraan tabungan asuransi pensiun (taspen), Pemberhentian, Pemensiunan, Penyelesaian masalah khusus kepegawaian.

*Kebijakan sistem informasi tenaga kesehatan* mencakup pengaturan tentang:

Pencatatan dan pelaporan data tenaga kesehatan, Pengolahan dan analisis data tenaga kesehatan, Penyajian informasi tenaga kesehatan.

*Kebijakan penelitian tenaga kesehatan* adalah peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang pengumpulan data tenaga kesehatan secara sewaktu-waktu melalui survai dan kegiatan sejenis.

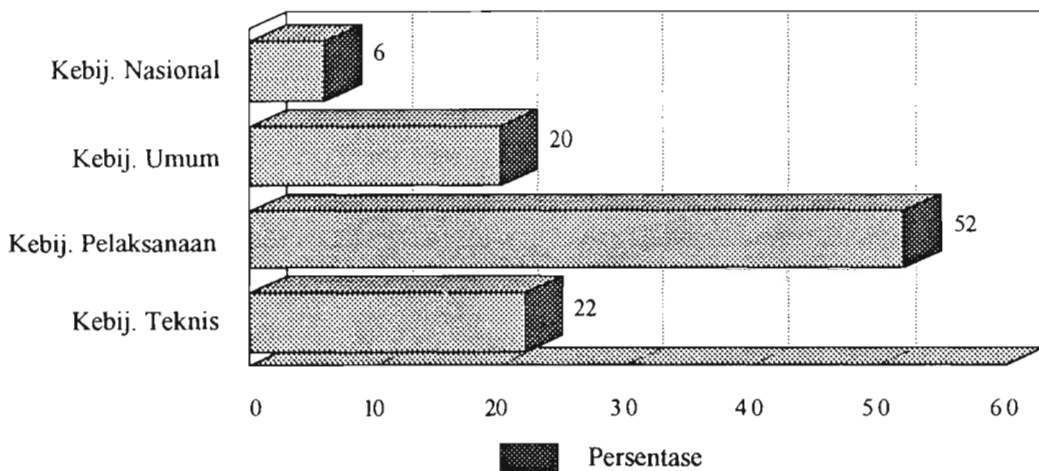
Tingkatan-tingkatan kebijakan pada dasarnya juga mencerminkan keberadaan kebijakan sebagai suatu sistem. Dengan demikian, kebijakan ketenagaan kesehatan dalam substansi (komponen) apa pun sebaiknya bertingkat-tingkat. Artinya untuk setiap substansi (komponen) tersebut di atas, seharusnya dapat dijumpai kebijakan nasionalnya, kebijakan umumnya, kebijakan pelaksanaannya, dan kebijakan teknisnya. Bila alur kesinambungan ini terputus, misalnya

hanya dijumpai kebijakan nasional dan kebijakan umumnya, maka sistem kebijakan ketenagaan dalam komponen yang bersangkutan menjadi pincang. Secara teoritis kebijakan dalam substansi (komponen) tersebut belum dapat dilaksanakan karena belum ada kebijakan pelaksanaan dan kebijakan teknisnya.

### GAMBARAN KEBIJAKAN ATAS DASAR TINGKATAN DAN BENTUK

Dokumen kebijakan yang berupa peraturan perundang-undangan di bidang ketenagaan kesehatan yang berhasil dikumpulkan adalah sebanyak 273 buah. Dari jumlah itu, yang terbanyak adalah berupa Kebijakan Pelaksanaan, yaitu 52%. Kebijakan Teknis ada sebanyak 22%, Kebijakan Umum 20%, dan Kebijakan Nasional sebanyak 6%. (Lihat Gambar 1).

#### KEBIJAKAN KETENAGAAN KESEHATAN MENURUT TINGKATANNYA



Jml. Dok. = 273

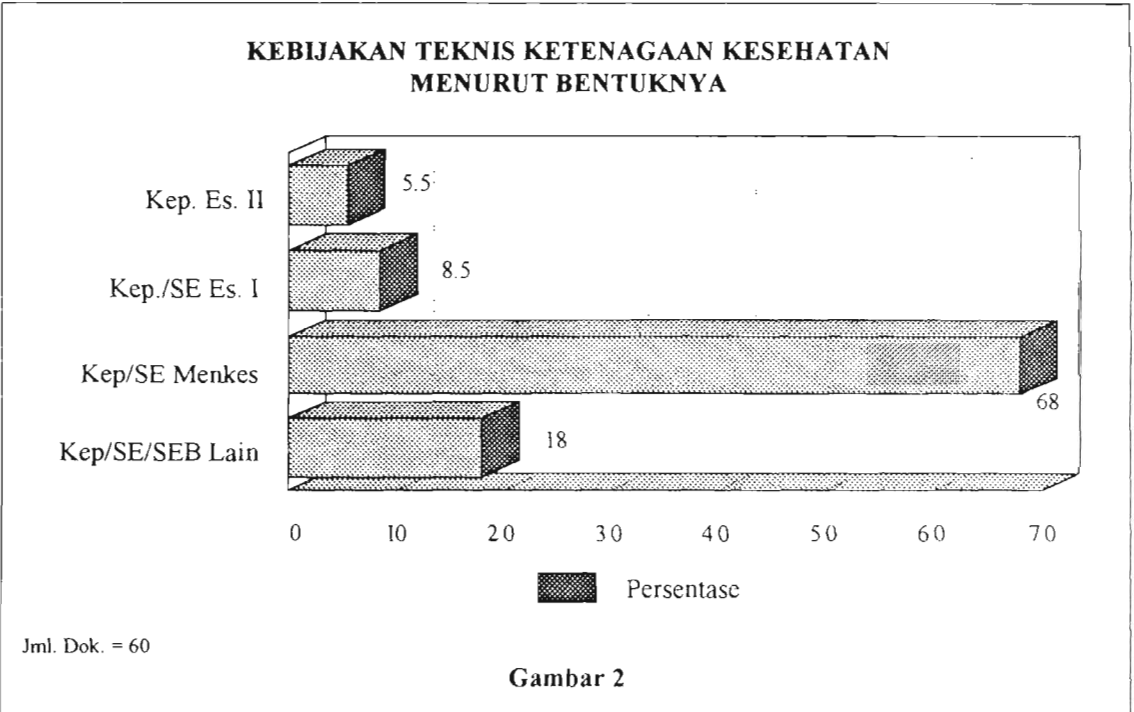
Gambar 1

Ditinjau dari segi tingkatan, gambaran ini dapat dikatakan baik hanya sampai tingkat Kebijakan Pelaksanaan. Tingkatan kebijakan seharusnya memang berbentuk kerucut, dengan Kebijakan Nasional sebagai puncaknya dan Kebijakan Teknis sebagai alasnya. Kebijakan Nasional karena bersifat sangat umum dan mencakup ruang lingkup yang sangat luas, jumlahnya hanya sedikit. Kebijakan Umum, karena merupakan penjabaran dari Kebijakan Nasional, tentu jumlahnya lebih banyak. Demikian seterusnya dengan Kebijakan Pelaksanaan. Namun demikian, penjabaran dari Kebijakan Pelaksanaan ke Kebijakan Teknis tidak selalu harus demikian. Tidak semua Kebijakan Pelaksanaan memerlukan penjabaran secara teknis.

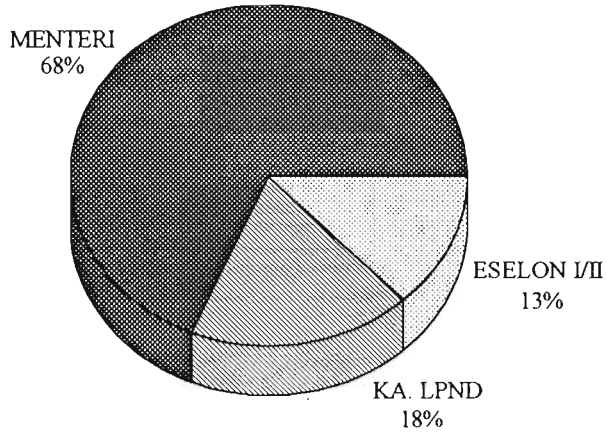
Gambaran tersebut di atas menunjukkan bahwa Kebijakan Teknis di bidang ketenagaan kesehatan, yang merupakan penjabaran dari Kebijakan Pelaksanaan, ternyata berjumlah

lebih sedikit. Hal ini menunjukkan bahwa banyak Kebijakan Pelaksanaan di bidang ketenagaan kesehatan yang tidak perlu atau belum dijabarkan ke dalam Kebijakan-kebijakan Teknis.

Kebijakan Teknis ketenagaan kesehatan yang seharusnya dibuat oleh pejabat Eselon I/II Departemen Kesehatan dan/atau Pimpinan LPND itu, sebagian besarnya ternyata berupa Keputusan/Surat Edaran Menteri Kesehatan (68%), serta Keputusan, Surat Edaran, Surat Edaran Bersama yang dibuat pihak-pihak non-kesehatan (18,5%). Kebijakan Teknis yang berupa Keputusan/Surat Edaran Eselon I dan Eselon II Departemen Kesehatan masing-masing hanya sebanyak 8,5% dan 5%. (Lihat Gambar 2 dan Gambar 3). Hal ini menunjukkan bahwa di Departemen Kesehatan pendelegasian pembuatan Kebijakan Teknis kepada para pejabat Eselon I dan Eselon II tertentu tampaknya belum berjalan secara efektif.



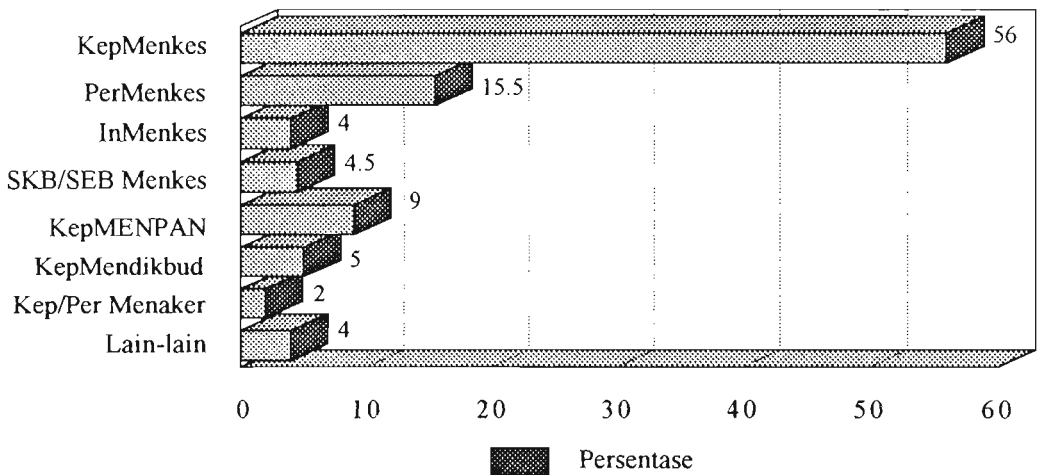
### KEBIJAKAN TEKNIS KETENAGAAN KESEHATAN MENURUT PEJABAT PEMBUATNYA



Jml. Dok. = 60

Gambar 3

### KEBIJAKAN PELAKSANAAN KETENAGAAN KESEHATAN MENURUT BENTUKNYA



Jml. Dok. = 142

Gambar 4

Gambaran tentang Kebijakan Pelaksanaan tampak lebih baik. Kebijakan Pelaksanaan di bidang ketenagaan kesehatan yang tertuang ke dalam 142 dokumen, didominasi oleh Keputusan Menteri Kesehatan (56%). Kebijakan-kebijakan Menteri Kesehatan lain yang berupa Peraturan Menteri Kesehatan dan Instruksi Menteri Kesehatan juga cukup menonjol, yaitu masing-masing 15,5% dan 4%. Kebijakan Pelaksanaan yang berasal dari instansi di luar Departemen Kesehatan yang tampak menonjol adalah Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara, yaitu 9% (Gambar 4).

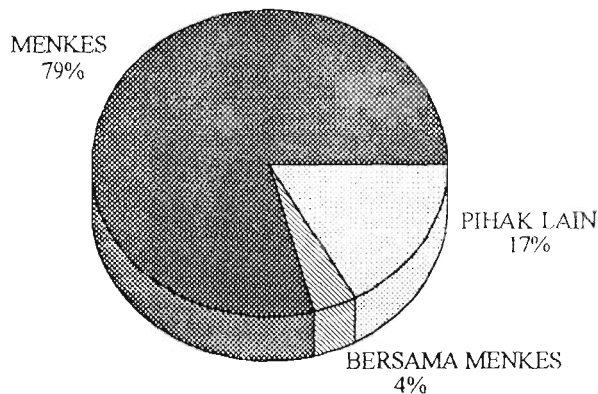
Dalam gambaran tersebut di atas sekaligus tersirat bahwa pembuat Kebijakan Pelaksanaan di bidang ketenagaan kesehatan yang terutama adalah Menteri Kesehatan (Gambar 5). Dalam gambar tersebut tampak bahwa Kebijakan Pelaksanaan yang dibuat Menteri Kesehatan ada sebanyak 79%. Selain itu terdapat pula Kebijakan Pelaksanaan yang dibuat oleh pihak-pihak lain bekerjasama dengan Menteri Kesehatan, yaitu sebanyak 4%. Kebijakan

Pelaksanaan yang sepenuhnya dibuat oleh pihak-pihak non-Departemen Kesehatan ada sebanyak 17%.

Kebijakan Umum yang dirujuk oleh Kebijakan Pelaksanaan tersebut di atas ada sebanyak 54 buah. Bagian terbesar berupa Keputusan Presiden dan Peraturan Presiden (47%), yang disusul dengan Peraturan Pemerintah (43,5%). Terdapat pula Kebijakan Nasional yang berupa Instruksi Presiden, yaitu sebanyak 9,5%. (Lihat Gambar 6).

Gambaran tentang Kebijakan Nasional yang dijadikan rujukan menunjukkan bahwa dokumen yang terkumpul sebanyak 16 buah, didominasi oleh Undang-Undang dan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang (94%). Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) yang dirujuk, walaupun berkali-kali, hanya sebuah yaitu Ketetapan MPR Nomor II tahun 1988 tentang Garis-garis Besar Haluan Negara. Dengan demikian Ketetapan MPR hanya mengambil porsi 6% sebagai rujukan. (Lihat Gambar 7).

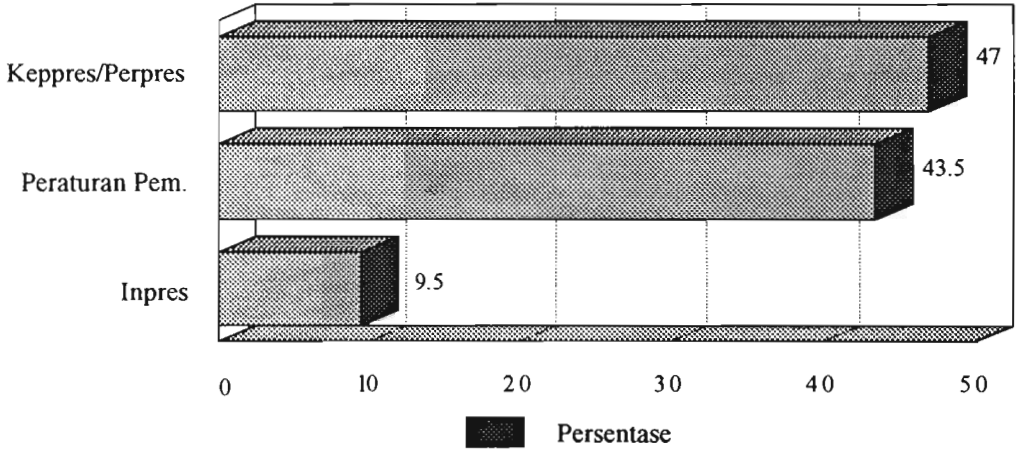
### KEBIJAKAN PELAKSANAAN KETENAGAAN KESEHATAN MENURUT PEJABAT PEMBUATNYA



Jml. Dok. = 142

Gambar 5

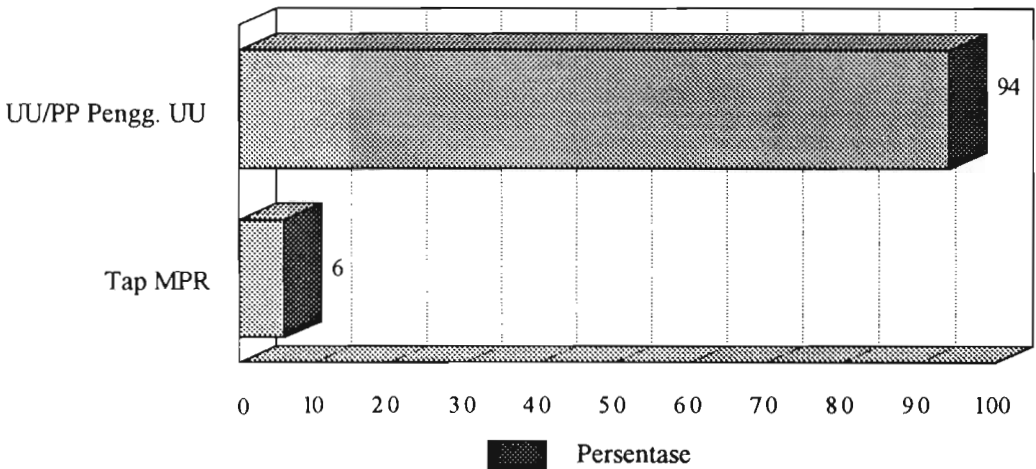
### KEBIJAKAN UMUM YANG DIRUJUK MENURUT BENTUKNYA



Jml. Dok. = 54

Gambar 6

### KEBIJAKAN NASIONAL YANG DIRUJUK MENURUT BENTUKNYA



Jml dok. = 17

Gambar 7

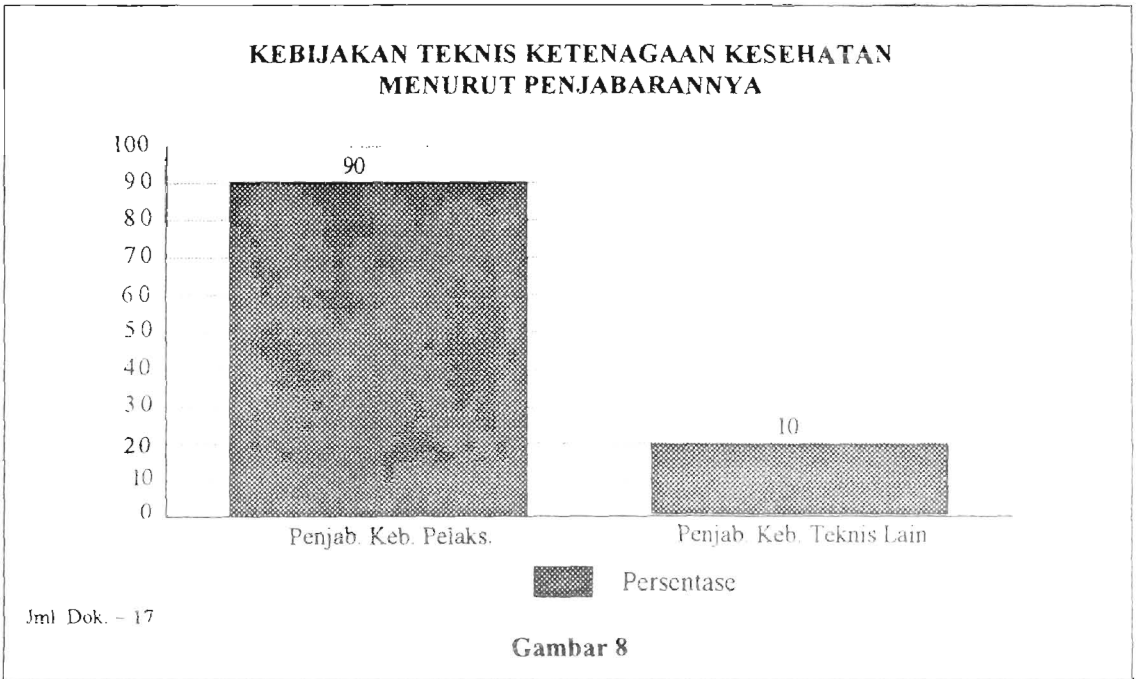
**C. Gambaran Kebijakan Atas Dasar Penjabaran**

Gambaran kebijakan ketenagaan kesehatan dari segi penjabaran juga cukup menarik. Banyak kebijakan di suatu tingkat yang merupakan penjabaran dari kebijakan lain di tingkat yang sama. Tidak semua Kebijakan Teknis merupakan penjabaran dari Kebijakan Pelaksanaan. Kebijakan Teknis yang dibuat di Departemen Kesehatan, karena sebagian besar dibuat oleh Menteri Kesehatan, maka beberapa bersifat belum tuntas. Oleh karena itu dapat dijumpai sebanyak 10% Kebijakan Teknis yang merupakan penjabaran dari Kebijakan Teknis lain (Gambar 8).

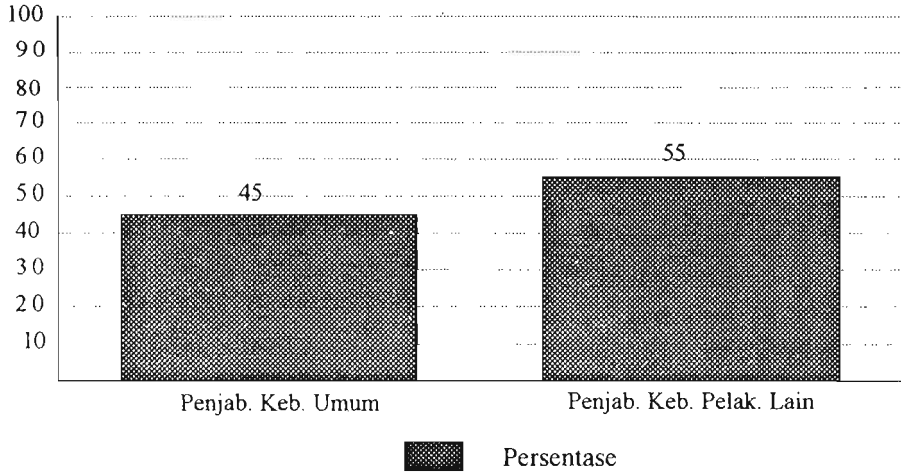
Sedangkan gambaran Kebijakan Pelaksanaan ternyata lebih menarik lagi. Sebagian besar (55%) dari Kebijakan Pelaksanaan di bidang ketenagaan kesehatan ternyata merupakan penjabaran dari Kebijakan Pelaksanaan lain. Kebijakan Pelaksanaan yang

benar-benar merupakan penjabaran langsung dari Kebijakan Umum hanya 45% (Gambar 9).

Kebijakan Pelaksanaan yang dibuat oleh Menteri seyogianya dibuat Kebijakan Teknisnya oleh Pejabat Eselon I dan/atau Pejabat Eselon II Departemen Kesehatan tertentu apabila diperlukan. Di bidang ketenagaan kesehatan, sebagian besar (54%) Kebijakan Pelaksanaan ternyata belum memiliki Kebijakan Teknis. Sebanyak 46% yang memilikinya, ternyata hanya menyangkut satu aspek Kebijakan Teknis untuk satu Kebijakan Pelaksanaan. (Gambar 10). Misalnya saja, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 558 tahun 1984 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan hanya memiliki satu aspek Kebijakan Teknis sebagai penjabarannya, yaitu Keputusan-keputusan Menteri Kesehatan mengenai Susunan Jabatan. Kebijakan-kebijakan Teknis ini pun baru muncul sesudah hampir sepuluh tahun sejak Kebijakan Pelaksanaan dibuat, yaitu pada tahun 1992.



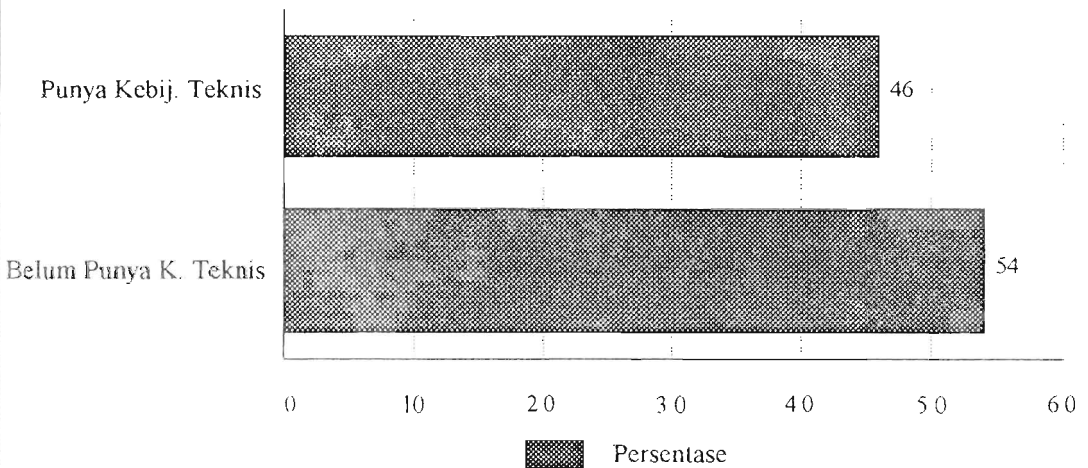
### KEBIJAKAN PELAKSANAAN KETENAGAAN KESEHATAN MENURUT PENJABARANNYA



Jlm. Dok. = 142

Gambar 9

### KEBIJAKAN PELAKSANAAN KETENAGAAN KESEHATAN MENURUT PENJABARANNYA



Jlm. Dok. = 85

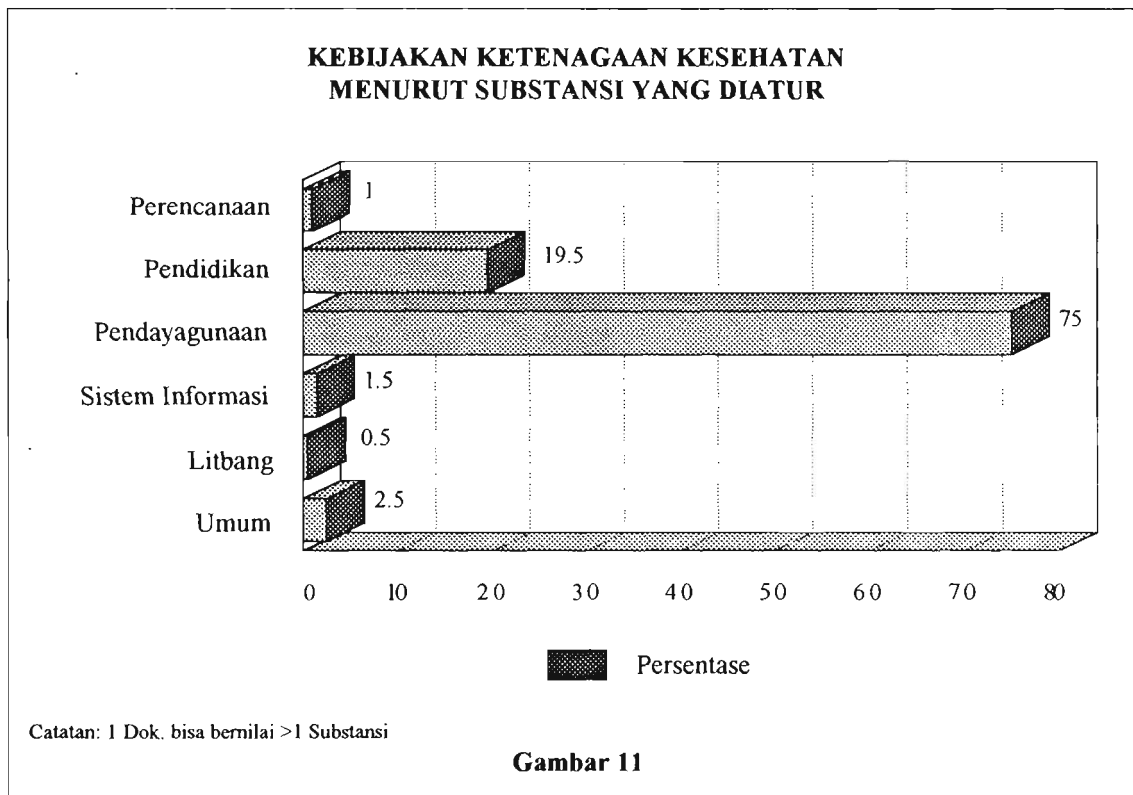
Gambar 10

#### D. Gambaran Kebijakan Atas Dasar Substansi

Sebagaimana dikemukakan dalam Tinjauan Kepustakaan, kebijakan ketenagaan kesehatan seyogianya mencakup substansi-substansi: Perencanaan, Pendidikan, Pendayagunaan, Sistem Informasi, serta Penelitian dan Pengembangan di bidang ketenagaan kesehatan.

Dalam penelitian ini, sebagaimana tampak dalam Gambar 11, terungkap bahwa kebijakan ketenagaan kesehatan sangat terkonsentrasi pada Pendayagunaan tenaga kesehatan. Dokumen- dokumen tentang hal itu mencapai 75%. Konsentrasi kedua dari kebijakan ketenagaan kesehatan adalah pada Pendidikan tenaga kesehatan, walaupun selisihnya sangat jauh. Dokumen-dokumen tentang hal itu mencapai 19,5%. Kebijakan tentang Perencana-

an tenaga kesehatan hanya 1%, tentang Sistem Informasi 1,5% dan tentang Penelitian dan Pengembangan tenaga kesehatan 0,5%. Kebijakan perencanaan yang ada umumnya hanya berupa perencanaan-perencanaan jangka panjang. Hal-hal yang berkaitan dengan identifikasi masalah ketenagaan, penetapan metode teknik perencanaan, dan lain-lain belum mendapat pengaturan yang memadai. Hal ini tampaknya akibat belum sinkronnya tiga subsistem dalam sistem ketenagaan kesehatan, yaitu perencanaan tenaga kesehatan (Biro Perencanaan dan Bagian-bagian Penyusunan Program dan Laporan), pendidikan tenaga kesehatan (Pusdiknakes dan Depdikbud), dan pendayagunaan tenaga kesehatan (Biro Kepegawaian dan Unit-unit Utama Depkes). Khususnya dalam hal saling rujuk kebijakan yang telah dan akan dibuat.



Tenaga yang diatur dalam kebijakan ketenagaan kesehatan, dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi: (1) semua kategori tenaga, (2) tenaga medis, (3) tenaga paramedis, (4) apoteker, (5) bidan/perawat, (6) tenaga kesehatan masyarakat, dan (7) tenaga kesehatan lain.

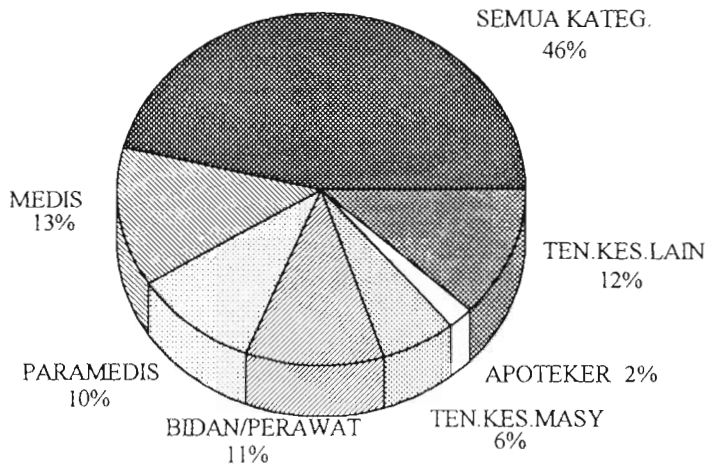
Ternyata sebagian besar (48%) kebijakan ketenagaan kesehatan mengatur semua kategori tenaga kesehatan. Kebijakan yang melulu mengatur tentang tenaga medis ada 13%, tenaga paramedis ada 10%, tenaga kesehatan masyarakat 8%, dan tenaga kesehatan lain ada 12%. Di samping itu masih terdapat 11% yang melulu mengatur tentang bidan/perawat dan 2% melulu apoteker. (Lihat Gambar 12).

Bila persebaran kebijakan ketenagaan kesehatan atas dasar substansi dikaitkan dengan pengelompokan tenaga, maka akan terlihat gambaran sebagaimana dalam Tabel 1.

Dalam Tabel tersebut tampak bahwa kebijakan yang dapat dikatakan paripurna dari segi substansi yang diatur hanya yang menyangkut semua kategori tenaga kesehatan. Pada kelompok-kelompok lain, kebijakan umumnya hanya berkisar pada Pendidikan dan Pendayagunaan. Kecuali untuk bidan di mana dapat dijumpai satu kebijakan yang khusus mengatur perencanaan tenaga bidan.

Pada semua kategori tenaga pun konsentrasi kebijakan ada pada Pendayagunaan (82%) dan sedikit menonjol pada Pendidikan (7%). Kekhasan ini, dengan berbagai variasi, juga tercermin pada kelompok-kelompok lain.

### KEBIJAKAN KETENAGAAN KESEHATAN MENURUT KATEGORI TENAGA YANG DIATUR



Catatan: 1 Dok. dapat berisi >1 Tenaga

Gambar 12

**Tabel 1. Persebaran kebijakan ketenagaan kesehatan menurut substansi dan kategori tenaga.**

KATEGORI TENAGA	SUBSTANSI						JML.
	R	P	D	I	L	U	
1. Semua Kategori Tenaga	3 (2)	10 (7)	118 (82)	5 (1)	1 (1)	7 (4,5)	114 (100)
2. Medis	0	4 (10)	37 (90)	0	0	0	41 (100)
3. Paramedis	0	17 (55)	14 (45)	0	0	0	31 (100)
4. Apoteker	0	0	6 (100)	0	0	0	6 (100)
5. Bidan/Perawat	1 (4)	16 (48)	16 (48)	0	0	0	33 (100)
6. Kes. Masy.	0	8 (40)	12 (60)	0	0	0	20 (100)
7. Lain	0	6 (17)	30 (83)	0	0	0	36 (100)
JUMLAH	4 (1)	61 (19,5)	233 (75)	5 (1,5)	1 (0,5)	7 (2,5)	311 (100)

Catatan:

1 Dokumen dapat berisi lebih dari 1 substansi

Dalam kurung adalah persen.

R = Perencanaan

I = Sistem Informasi

P = Pendidikan

L = Litbang

D = Pendayagunaan

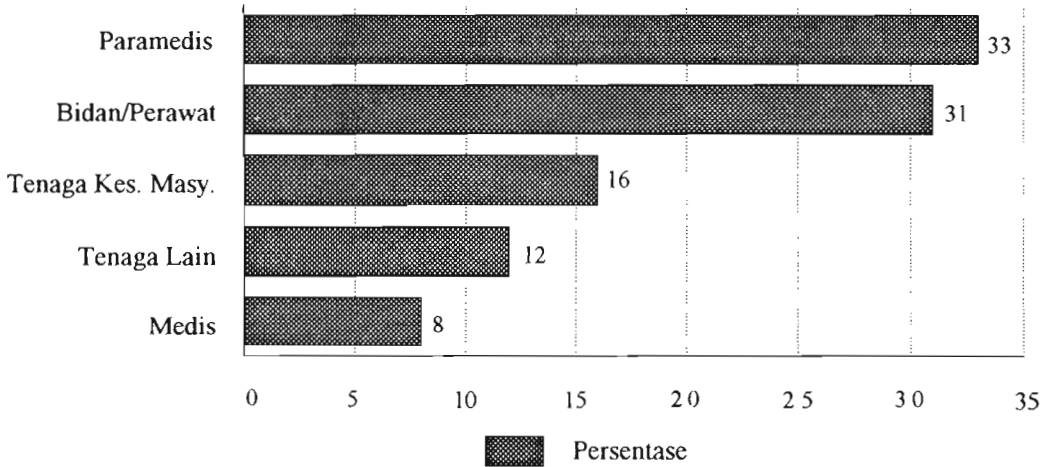
U = Umum

Bila diperhatikan persebaran kebijakan di bidang Pendidikan menurut kelompok-kelompok tenaga, tampak bahwa kebijakan Pendidikan bagi kelompok paramedis dan bidan/perawat cukup menonjol. Yaitu masing-masing 33% dan 31%. Kebijakan Pendidikan bagi kelompok tenaga medis hanya mencapai 8%, tenaga kesehatan masyarakat 16%, dan tenaga kesehatan lain 12%. (Lihat Gambar 13).

Walaupun porsi kebijakan tentang Pendidikan bagi tenaga kesehatan masyarakat cukup

banyak, tetapi dapat dikatakan masih jauh tertinggal dibanding dengan kebijakan tentang Pendidikan bagi tenaga medis dan keperawatan. Gambar 14 berikut menunjukkan bahwa kebijakan tentang Pendidikan bagi tenaga medis dan keperawatan mencapai 59%, sedang bagi tenaga kesehatan masyarakat hanya 14%. Oleh karena di dalam kelompok tenaga kesehatan lain tercakup tenaga-tenaga penunjang medis, maka bila persentase kebijakan Pendidikan bagi mereka digabungkan ke kelompok medis dan keperawatan, kesenjangan tampak semakin lebar. (Lihat Gambar 14).

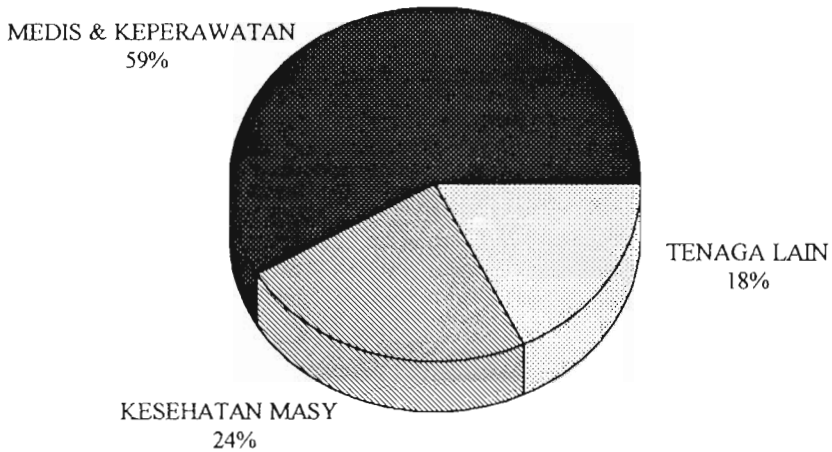
### KEBIJAKAN PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN MENURUT KATEGORI TENAGA



Catatan: 1 Dok. bisa >1 Tenaga

Gambar 13

### KEBIJAKAN PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN MENURUT KATEGORI TENAGA



Catatan: 1 Dok. dapat berisi >1 Tenaga

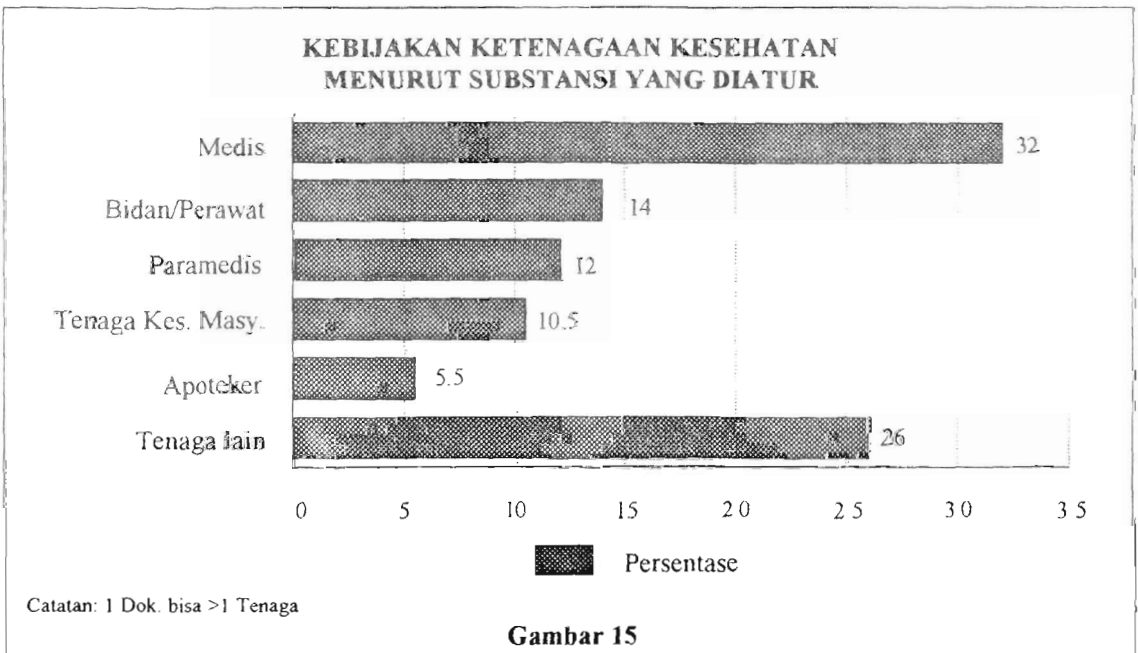
Gambar 14

Bila dalam kebijakan Pendidikan, persentase kebijakan bagi tenaga medis kecil, maka sebaliknya dalam kebijakan Pendayagunaan, pengaturan bagi pendidikan tenaga medis justru paling banyak (32%). Di luar kelompok tenaga kesehatan lain, kebijakan Pendayagunaan tenaga yang juga menonjol adalah bagi bidan/perawat dan paramedis. (Lihat Gambar 15).

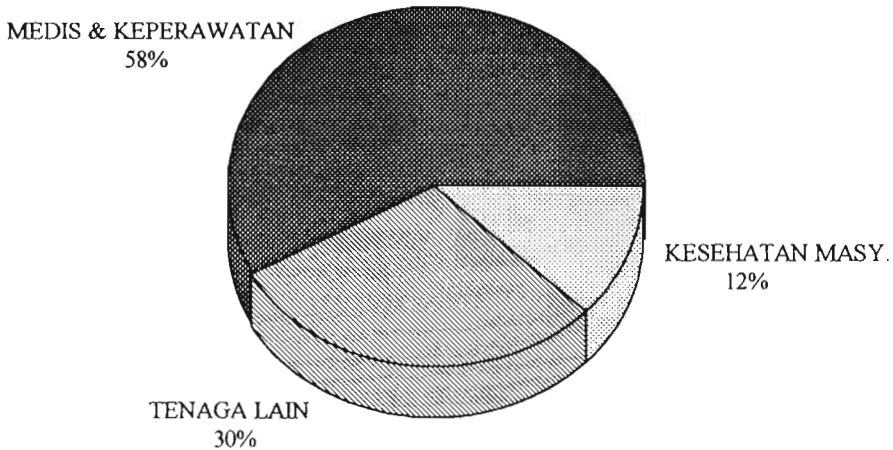
Dalam Gambar 15 tampak bahwa proporsi kebijakan Pendayagunaan tenaga kesehatan masyarakat cukup besar Tetapi sebagaimana halnya pengaturan Pendidikan, masih terdapat kesenjangan yang cukup besar antara kebijakan Pendayagunaan tenaga kesehatan masyarakat dengan kebijakan Pendayagunaan tenaga medis dan keperawatan. Kebijakan Pendayagunaan bagi tenaga medis dan keperawatan mencapai 58%, sedang bagi tenaga kesehatan masyarakat hanya 12%. Kesenjangan akan semakin besar bila kebijakan Pendayagunaan bagi tenaga kesehatan lain (30%) digabungkan ke dalam

kebijakan Pendayagunaan bagi tenaga medis dan keperawatan. (Lihat Gambar 16).

Dalam hal kategori/jenis tenaga kesehatan yang dicakup dengan demikian dapat dikatakan bahwa seluruh kategori tenaga kesehatan memang sudah tercakup. Tetapi, sekali lagi, perimbangannya masih perlu dipertimbangkan. Terhadap tenaga paramedis, termasuk bidan/perawat, perimbangan antara kebijakan pendidikan dan kebijakan pendayagunaan tampak cukup baik. Hal ini mungkin dikarenakan baik pendidikan maupun pendayagunaan untuk tenaga paramedis berada dalam ruang lingkup wewenang Departemen Kesehatan. Tetapi untuk tenaga medis, kebijakan pendayagunaan jauh lebih menonjol dibanding kebijakan pendidikan. Hal ini menggambarkan seolah-olah Departemen Kesehatan tidak begitu memperhatikan arah dan tujuan pendidikan tenaga medis. Padahal, walaupun pendidikan tenaga medis berada dalam ruang lingkup wewenang Depdikbud, bukan berarti Depkes tidak berhak ikut mengatur (walaupun tentu harus bersama-sama Depdikbud).



### KEBIJAKAN PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN MENURUT KATEGORI TENAGA



Catatan: 1 Dok. dapat berisi >1 Tenaga

**Gambar 16**

Ketidakeimbangan juga tampak bila dilihat dari sisi dikhotomi medis dan keperawatan di satu pihak dengan kesehatan masyarakat di pihak lain. Walaupun sudah lama upaya kesehatan berorientasi kepada kesehatan masyarakat, tetapi kebijakan yang mengatur tenaga-tenaga kesehatan masyarakat tampaknya belum cukup memadai. Baik dalam hal pendidikan maupun pendayagunaan, kebijakan untuk tenaga-tenaga bidang kesehatan lingkungan, gizi, perawatan kesehatan masyarakat, dan lain-lain sejenis belum begitu banyak. Dengan demikian maka tenaga-tenaga itu pun menjadi kurang berkembang. Akibatnya, banyak tenaga medis dan keperawatan yang terpaksa ditarik ke sektor kesehatan masyarakat (pencegahan dan peningkatan) dengan konsekuensi terjadinya kepincangan di bidang penyembuhan dan rehabilitasi. Hal ini tampaknya, sekali lagi,

merupakan akibat dari kurang sinkronnya subsistem perencanaan, subsistem pendidikan, dan subsistem pendayagunaan dalam sistem ketenagaan kesehatan.

#### D. Lain-lain

Selanjutnya, dari kajian secara lebih seksama terhadap dokumen-dokumen kebijakan di bidang ketenagaan kesehatan, dapat disampaikan catatan tambahan sebagai berikut.

- 1 Adanya pencantuman rujukan yang tidak sistematis karena:
  - a. Urutannya terbolak-balik.
  - b. Terdapat rujukan yang diabaikan (tak tercantum).
  - c. Kebijakan baru yang sudah mengubah kebijakan lama tak dicantumkan.

2. Adanya pencantuman rujukan yang berlebihan karena peraturan perundang-undangan yang jauh sekali relevansinya dicantumkan juga.
3. Adanya pencantuman rujukan yang tidak benar, karena:
  - a. Salah mengutip judul peraturan perundang-undangan.
  - b. Salah mengutip nomor, tahun, tanggal, dan lain-lain.

Hal-hal tersebut di atas tampaknya akibat kurang berfungsinya koordinasi dan bimbingan dalam penyusunan peraturan perundang-undangan di Departemen Kesehatan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### A. Kesimpulan

Dari uraian dan pembahasan tersebut di muka, kiranya dapat disampaikan kesimpulan-kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat hal-hal positif dalam kebijakan ketenagaan kesehatan, yaitu:
  - a. Banyak Kebijakan Pelaksanaan yang bersifat sudah tuntas dan tidak memerlukan Kebijakan Teknis, sehingga langsung dapat dioperasionalkan.
  - b. Kebijakan ketenagaan kesehatan yang ada sudah mencakup semua substansi yang harus ditangani dalam rangka pengelolaan ketenagaan kesehatan.
  - c. Kebijakan ketenagaan kesehatan yang ada sudah mencakup seluruh kategori/jenis tenaga kesehatan.
2. Terdapat pula hal-hal negatif dalam kebijakan ketenagaan kesehatan, yaitu:
  - a. Banyak Kebijakan Pelaksanaan yang demi ketuntasannya dijabarkan lagi dalam bentuk Kebijakan Pelaksanaan

lain. Demikian pun dengan Kebijakan Teknis.

- b. Pendelegasian pembuatan Kebijakan Teknis kepada para pejabat Eselon I dan Eselon II tertentu di Departemen Kesehatan belum berjalan secara efektif, sehingga terlalu banyak Kebijakan Teknis yang dibuat oleh Menteri Kesehatan.
- c. Kebijakan tentang perencanaan tenaga kesehatan masih belum mendapat perhatian yang memadai. Demikian juga kebijakan tentang pendidikan, khususnya bagi tenaga medis dan tenaga-tenaga lain yang pendidikannya bukan wewenang Depkes.
- d. Kebijakan, baik perencanaan, pendidikan maupun pendayagunaan bagi tenaga-tenaga kesehatan masyarakat masih perlu dikembangkan untuk mengupayakan terpenuhinya kebutuhan akan tenaga-tenaga tersebut.
- e. Dijumpai Kebijakan Teknis dan Kebijakan Pelaksanaan yang mengabaikan beberapa kebijakan yang lebih tinggi sebagai acuan/rujukannya.
- f. Kurang berfungsinya koordinasi dan bimbingan dalam penyusunan peraturan perundang-undangan di Depkes, sehingga sering dijumpai kekurangan-benaran dalam pencantuman rujukan dari kebijakan yang dikeluarkan.

### B. Saran-saran

Atas dasar kesimpulan tersebut di atas, diajukan saran-saran sebagai berikut:

1. Dibentuknya suatu Tim yang memikirkan dan merumuskan sinkronisasi antara subsistem-subsistem dalam Sistem Ketenagaan Kesehatan, khususnya dalam hal kebijakan-kebijakan yang akan dikeluarkan. Termasuk merekomendasikan

- prosedur pembuatan kebijakan-kebijakan ketenagaan kesehatan.
2. Ditingkatkannya fungsi koordinasi dan bimbingan dalam penyusunan peraturan perundang-undangan dengan memberikan wewenang dan sumberdaya yang cukup kepada Biro Hukmas Depkes. Dalam hal ini perlu dipikirkan adanya kepanjangan tangan Biro Hukum dan Hubungan masyarakat di unit-unit utama.

### UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini dapat terlaksana dengan baik berkat dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini disampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Imbalo S. Pohan, MHA, pada saat itu menjabat sebagai Kepala Biro Organisasi Depkes, yang telah memberikan rekomendasi pengusulan penelitian kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
2. Dr. Hidayat Hardjoprawito, Sekretaris Jenderal Depkes, yang memberikan petunjuk-petunjuk dan mengusulkan penelitian ini kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
3. Prof. DR. Soemarmo Poorwoedarmo, pada saat itu menjabat sebagai Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, yang telah menyetujui dilaksanakan dan dibiayainya penelitian ini dan memberikan pengarahan khususnya pada fase perencanaan penelitian.

4. Dr. Brahim, Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan saat ini, yang cukup banyak memberikan pengarahan khususnya pada fase analisis dan penyajian hasil-hasil penelitian.
5. Dr. K.P.H. Mardjono dan Dr. Broto Wasisto, Staf Ahli Menteri Kesehatan, yang banyak memberikan petunjuk, khususnya pada fase analisis dan penyajian hasil-hasil penelitian.
6. Dr. Soediono, pada saat itu menjabat sebagai Sekretaris Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, yang banyak memberikan petunjuk, khususnya pada fase analisis data dan penyajian hasil-hasil penelitian.
7. Dr. Moeharso SKM, Kepala Biro Kepegawaian; Dr. Nugroho Iman Santoso SKM, Kepala Pusdiknakes; dan Ny. H. Emma Suratman SH, Kepala Biro Hukum dan Humas Depkes; yang telah memberikan masukan berharga sejak dari fase penyusunan protokol sampai pada fase penyajian hasil-hasil penelitian.
8. Pihak-pihak lain yang tidak mungkin disebutkan di sini satu demi satu, yang telah membantu menyelesaikan penelitian ini fase demi fase.

### DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan (1984). Rencana pokok program pembangunan jangka panjang bidang kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan.
2. GBHN: Garis-garis Besar Haluan Negara 1993-1998, Tap. MPR Nomor II/MPR/1993. Jakarta: Sinar Grafika.

3. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan R.I.
4. Departemen Kesehatan R.I. (1984). Himpunan peraturan perundang-undangan bidang kesehatan 1936-1984. Jakarta: Departemen Kesehatan.
5. Lembaga Administrasi Negara R.I. (1993). Sistem Administrasi Negara Republik Indonesia, jilid II. Jakarta: Haji Masagung.
6. Hall, T.L. & Mejia, A. (1978). Health manpower planning: principles, methods, issues. Geneva: World Health Organization.
7. Musanef (1993). Manajemen kepegawaian di Indonesia. Jakarta: Gunung Agung.
8. Departemen Kesehatan (1989). Rencana pembangunan lima tahun kelima bidang kesehatan 1989/90-1993/94. Jakarta: Departemen Kesehatan.