TINGKAT KECUKUPAN TENAGA KESEHATAN STRATEGIS PUSKESMAS DI INDONESIA (ANALISIS IMPLEMENTASI PERMENKES NO. 75 TAHUN 2014)

ADEQUACY OF STRATEGIC HEALTH HEALTH CENTER IN INDONESIA (Analysis of Implementation Permenkes 75 /2014)

Didik Budijanto[1] dan **Wahyu Dwi Astuti**[2]

Naskah masuk: 3 Maret 2015, Review 1: 5 Maret 2015, Review 2: 5 Maret 2015, Layak terbit: 9 April 2015

ABSTRAK

Latar Belakang: *Sasaran ke lima dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin. Dalam rangka memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, Menteri Kesehatan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 75 tahun 2014. Tujuan penulisan ini adalah mengetahui tingkat kecukupan tenaga kesehatan strategis di puskesmas di Indonesia.* ***Metode:*** *Sumber data dari PPSDM dan Pusdatin Kementerian Kesehatan. Data sampai dengan akhir Desember 2013. Penentuan kecukupan tenaga kesehatan strategis puskesmas mengacu Permenkes No. 75 tahun 2014. Minimal empat jenis tenaga kesehatan yang harus ada di Puskesmas, yaitu dokter, dokter gigi, perawat dan bidan. Kriteria penilaian kecukupan empat jenis tenaga kesehatan di Puskesmas, yaitu: Kurang, Cukup dan Berlebih.* ***Hasil:*** *Kondisi puskesmas yang kekurangan dokter umum ada di lima Propinsi, yaitu Propinsi Papua Barat (77,3%), Papua (55,9%), Sulawesi Tenggara (47,5%), Nusa Tenggara Timur (46,7%) dan Nusa Tenggara Barat (41,4%). Puskesmas yang kekurangan tenaga bidan ada di Propinsi antara lain di Propinsi DKI Jakarta (86,2%), Papua Barat (71,6%), Papua (70,8%), Maluku (58,6%) dan Kalimantan Timur (51,4%).* ***Simpulan:*** *Penempatan tenaga kesehatan strategis belum mengacu Permenkes nomor 75 tahun 2014.* ***Saran:*** *sosialisasi Permenkes nomor 75 tahun 2014 harus segera dilaksanakan, agar perencanaan penempatan tenaga kesehatan mengacu pada permenkes tersebut*

Kata kunci: *Tingkat kecukupan, tenaga kesehatan, puskesmas*

ABSTRACT

Background: *Subjected to five of the National Medium Term Development Plan (RPJMN), the requirement for health personnel, drugs and vaccines In order to meet the needs of health workers, the health minister of Health issued Decree number 75 of 2014. The purpose of this paper is to determine the adequacy of health workers in health centers located in Indonesia.* ***Methods:*** *Data source of PPSDM and Media Centre of the Ministry of Health. Data up to the end of December 2013. The determination of the adequacy of strategic health workers referring health centers Permenkes No. 75 in 2014. At least four types of health personnel that must exist in health centers, namely doctors, dentists, nurses and midwives. Criteria for assessment of the adequacy of four types of health workers in health centers, namely: less, Pretty and Overload.* ***Results:*** *The condition of the health center there is a shortage of general practitioners in five provinces, namely West Papua (77.3%), Papua (55.9%), Southeast Sulawesi (47.5%), East Nusa Tenggara (46.7%) and Nusa Tenggara Barat (41.4%). PHC is a shortage of midwives in the province among others in DKI Jakarta (86.2%), West Papua (71.6%), Papua (70.8%), Maluku (58.6%) and East Kalimantan (51,4%).* ***Conclusion:*** *The placement of strategic health workers have not referring Permenkes number 75 in 2014.* ***Recommendation:*** *socialization Permenkes number 75 of 2014 must be implemented immediately, in order to plan the placement of health personnel refers to the Permenkes*

Key words: *Level sufficiency, health workers, health centers*

---

[1] Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
[2] Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Jalan Indrapura 17 Surabaya
Email: didikb2001@yahoo.com

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan pada periode tahun 2015–2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Hal inilah yang menjadikan salah satu sasaran Pokok RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional), pada sasaran ke (5) yaitu terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin.

Di Era JKN pelaksanaan pelayanan kesehatan dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai *gatekeeper* yang berfungsi sebagai penapis rujukan serta kendali mutu dan kendali biaya dalam pelaksanaan jaminan kesehatan. *Gatekeeper* adalah penyelenggara pelayanan kesehatan dasar sebagai kontak pertama pada pelayanan kesehatan formal dan penapis rujukan sesuai dengan standar pelayanan medik. Prinsip dari Pelayanan *Gatekeeper* adalah: 1) Pelayanan Tingkat Pertama *(primary care)*; 2) Pelayanan yang mengutamakan promosi dan pencegahan *(promotif and preventive)*; 3) Pelayanan bersifat pribadi *(personal care)*; 4) Pelayanan paripurna *(comprehensive care)*; 5) Pelayanan menyeluruh *(holistic care)*; 6) Pelayanan terpadu *(integrated care)*; 7) Pelayanan berkesinambungan *(continuumcare)*; 8) Koordinatif dan kerja sama; 9) Berorientasi pada keluarga dan komunitas *(family and community oriented)*; 10) *Patient safety.*

SDM Kesehatan dapat dikatakan merupakan "jantung" dari Sistem Kesehatan Nasional. Tanpa adanya tenaga yang menggerakkan dan melayani, maka pilar-pilar yang lainnya tidak bisa berjalan. Menurut World Health Organization (WHO), definisi SDM kesehatan adalah semua orang yang kegiatan pokoknya ditujukan untuk meningkatkan kesehatan. Mereka terdiri dari orang-orang yang memberikan pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat, bidan, apoteker, teknisi laboratorium, manajemen, serta tenaga pendukung seperti bagian keuangan, sopir, dan lain sebagainya. Definisi tenaga kesehatan yang termaktub pada pasal 1 Undang-Undang nomor 36 tahun 2014

> *"...setiap orang yang mengabdikan diri di bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan…"*

Di dalam Peraturan Menteri kesehatan No. 75 tahun 2014, pada lampiran romawi V tentang Standar Ketenagaan Puskesmas disebutkan bahwa kondisi minimal yang diharapkan agar kegiatan Puskesmas dapat diselenggarakan dengan baik ada empat jenis tenaga kesehatan strategis (Dokter, Dokter Gigi, Perawat dan Bidan) adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah Empat Jenis Tenaga Kesehatan Strategis di Puskesmas menurut Permenkes nomor 75 tahun 2014.

Jenis Nakes strategis	Pkm daerah Perkotaan		Pkm daerah Perdesaan		Pkm Terpencil	
	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap
	Jumlah		Jumlah		Jumlah	
Dokter	1	2	1	2	1	2
Dokter Gigi	1	1	1	1	1	1
Perawat	5	8	5	8	5	8
Bidan	4	7	4	7	4	7

Analisis dilakukan pada seluruh Puskesmas di Indonesia berdasarkan data terakhir dari PPSDM dan Pusdatin Desember 2013 (masih sejumlah: 9.599 puskesmas. Saat ini sudah lebih sedikit 9.655 puskesmas).

Tujuan umum dari penulisan ini adalah mengetahui tingkat kecukupan tenaga kesehatan strategis di puskesmas di Indonesia, sedangkan tujuan khusus antara lain: 1) Menganalisis kecukupan tenaga kesehatan Dokter Umum di Puskesmas; 2) Menganalisis kecukupan tenaga kesehatan Dokter Gigi di Puskesmas; 3) Menganalisis kecukupan tenaga kesehatan Bidan di Puskesmas:

4) Menganalisis kecukupan tenaga kesehatan Perawat di Puskesmas

METODE

Sumber data tulisan ini berasal dari Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (PPSDM) dan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan yang berasal dari laporan masing-masing daerah kabupaten/kota di Indonesia pada kondisi update terakhir bulan Desember 2013. Dasar penentuan kecukupan sebuah puskesmas terhadap tenaga kesehatan strategis mengacu pada Permenkes No. 75 tahun 2014 tentang Puskesmas. Di dalam Permenkes No. 75 tahun 2014 disebutkan bahwa minimal empat jenis tenaga kesehatan yang harus ada di Puskesmas, yaitu dokter, dokter gigi, perawat dan bidan (tabel 1). Berdasarkan jenis tenaga kesehatan tersebut, maka ditentukan kriteria kecukupan empat jenis tenaga kesehatan di Puskesmas, yaitu: Kurang, Cukup dan Berlebih.

HASIL

Secara Nasional, dari 9.599 Puskesmas yang terdaftar tampak ada puskesmas yang kelebihan Dokter, dokter gigi, perawat dan bidan. Untuk Dokter Umum, terdapat 39,5% Puskesmas (3.791 puskesmas) kelebihan tenaga dokter umum dan 37,8% Puskesmas (3.628 Puskesmas) yang cukup jumlah dokter nya serta 22,7% Puskesmas (2.179 Puskesmas) yang kekurangan tenaga dokter umum. Tenaga Dokter Gigi, terdapat 12,8% Puskesmas (1.228 Puskesmas) yang kelebihan tenaga dokter gigi dan 40,6% Puskesmas (3.897 Puskesmas) cukup tenaga dokter giginya serta 46,6% Puskesmas (4.474 Puskesmas) yang kekurangan tenaga dokter gigi.

Jika dilihat dari tenaga Perawat, maka terdapat 65,9% Puskesmas (6.325 puskesmas) yang kelebihan tenaga perawat dan 7,7% puskesmas (739 puskesmas) yang tenaga perawatnya cukup serta 26,4% puskesmas (2.362 puskesmas) yang kekurangan tenaga perawat. Jika dilihat dari tenaga Bidan, terdapat 71,5% puskesmas (6,863 puskesmas) yang kelebihan tenaga Bidan dan 5,4% puskesmas (519 puskesmas) mempunyai tenaga bidan cukup serta 23% puskesmas (2.207 puskesmas) yang kondisinya kekurangan tenaga Bidan (tabel 2)

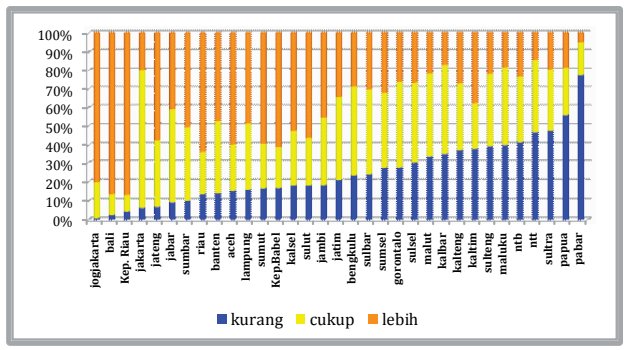
Tabel 2. Persentase Kecukupan Empat jenis Tenaga Kesehatan Strategis Puskesmas di Indonesia, tahun 2013

Jenis tenaga kesehatan strategi	Kecukupan tenaga kesehatan		
	Kurang (%)	Cukup (%)	Lebih (%)
Dokter umum	22,7	37,8	39,5
Dokter gigi	46,6	40,6	12,8
Perawat	26,4	7,7	65,9
Bidan	23	5,4	71,5

Jika kondisi di atas dilihat penyebarannya di masing-masing Propinsi, maka terlihat bahwa tiga besar propinsi yang mempunyai Puskesmas kelebihan dokter umum adalah Propinsi Kep. Riau 87% puskesmas (61 puskesmas), Propinsi Bali 86,4% (104 Puskesmas) dan Propinsi Jogjakarta 80,2% (97 Puskesmas).

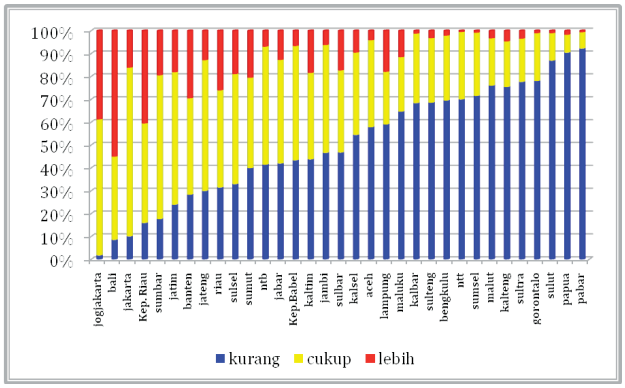
Lima besar Propinsi dengan kondisi puskesmas kekurangan dokter umum adalah Propinsi Papua Barat 77,3% (111 Puskesmas), Propinsi Papua 55,9% (219 Puskesmas), Propinsi Sulawesi Tenggara 47,5% (125 Puskesmas), Propinsi Nusa Tenggara Timur 46,7% (169 Puskesmas) dan Propinsi Nusa Tenggara Barat 41,4% (66 Puskesmas). Secara rinci dapat dilihat pada gambar 1.

Ditinjau dari tenaga dokter gigi, maka terlihat 3 besar Propinsi yang mempunyai puskesmas kelebihan dokter gigi adalah Propinsi Bali 55,1% (66 Puskesmas), Propinsi Kep. Riau 40,6% (29 Puskesmas) dan Propinsi Jogjakarta 38,8% (47 Puskesmas).



Gambar 1. Persentase Puskesmas dalam Kecukupan Tenaga Kesehatan Dokter menurut Propinsi di Indonesia, tahun 2013.

Lima besar propinsi yang mempunyai puskesmas kekurangan dokter gigi yaitu Propinsi Papua Barat 92,2% (132 Puskesmas), Propinsi Papua 90,3% (353 Puskesmas), Propinsi Sulawesi Utara 86,9% (159 Puskesmas), Propinsi Gorontalo 78% (71 Puskesmas) dan Propinsi Sulawesi Tenggara 77,6% (205 Puskesmas). Secara lebih rinci dapat dilihat pada gambar 2

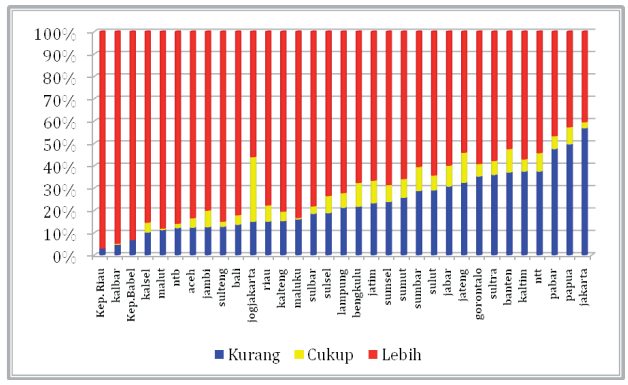


Gambar 2. Persentase Puskesmas dalam Kecukupan Tenaga Dokter Gigi menurut Propinsi di Indonesia, Tahun 2013.

Pada tenaga Perawat, kondisi yang terlihat bahwa 12 propinsi mempunyai puskesmas yang lebih dari 80% kelebihan tenaga perawat dan 3 propinsi tertinggi adalah Propinsi Kep. Riau 97,1% (68 Puskesmas), Propinsi Kalimantan Barat 94,9% (225 Puskesmas) dan Propinsi Bangka Belitung 93,3% (56 Puskesmas).

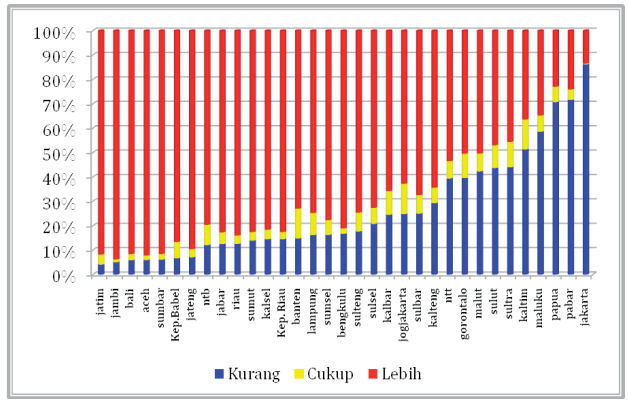
Lima besar Propinsi yang mempunyai puskesmas kekurangan tenaga Perawat adalah Propinsi DKI Jakarta 56,8% (193 Puskesmas), Papua 49,6% (194 Puskesmas), Papua Barat 47,5% (68 Puskesmas), Nusa Tenggara Timur 37,4% (135 Puskesmas) dan Propinsi Kalimantan Timur 37,4% (83 Puskesmas). Lebih rinci, dapat dilihat pada gambar 3

Pada tenaga Bidan kondisi yang terlihat bahwa 13 Propinsi mempunyai puskesmas yang lebih dari 80% kelebihan tenaga perawat dan empat propinsi tertinggi adalah Propinsi Jambi 93,8% (165 Puskesmas), Propinsi Aceh 92,2% (308 Puskesmas) dan Propinsi Jawa Timur 91,9% (882 Puskesmas) dan Propinsi Bali 91,5% (110 Puskesmas).



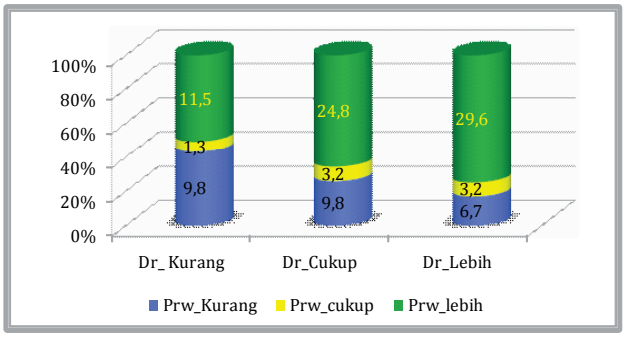
Gambar 3. Persentase Puskesmas dalam Kecukupan Tenaga Perawat menurut Propinsi di Indonesia, Tahun 2013.

Lima besar Propinsi yang mempunyai puskesmas kekurangan tenaga Bidan adalah Propinsi DKI Jakarta 86,2% (293 Puskesmas), Propinsi Papua Barat 71,6% (102 Puskesmas), Propinsi Papua 70,8% (277 Puskesmas), Propinsi Maluku 58,6% (111 Puskesmas) dan Propinsi Kalimantan Timur 51,4% (114 Puskesmas). Lebih rinci terlihat pada gambar 4.



Gambar 4. Persentase Puskesmas dalam Kecukupan Tenaga Bidan menurut Propinsi di Indonesia, Tahun 2013.

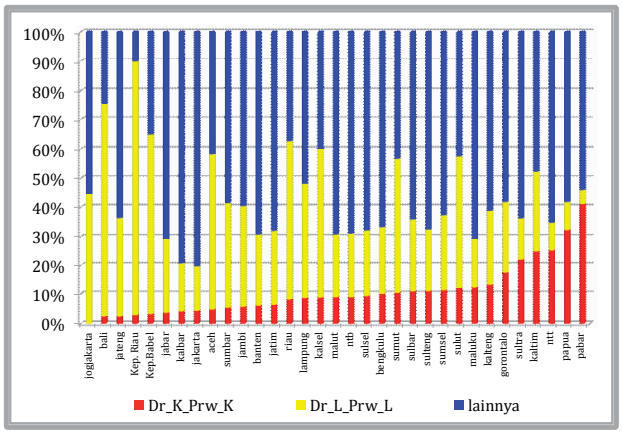
Ditinjau dari kecukupan tenaga dokter dan perawat di Puskesmas, terlihat bahwa 29,6% Puskesmas (2.841 puskesmas) kelebihan dokter dan kelebihan perawat pula, dan terdapat 9,8% Puskesmas (941 Puskesmas) yang kekurangan dokter dan kekurangan perawat. Selanjutnya lebih rinci dapat dilihat pada gambar 5.



Keterangan: Dr= dokter; Prw= Perawat

Gambar 5. Persentase Puskesmas dalam Kecukupan Tenaga Dokter dan Perawat di Indonesia, Tahun 2013.

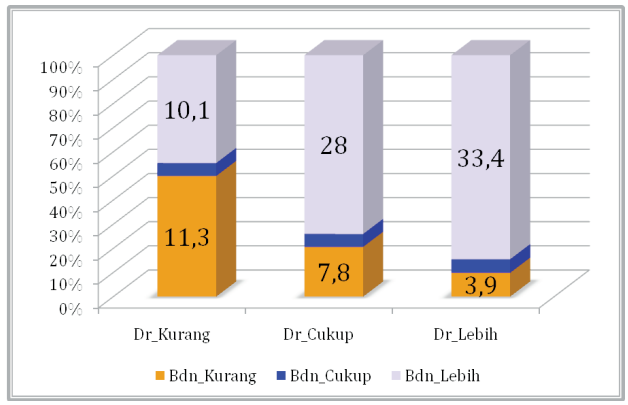
Apabila dilihat pendistribusian tenaga dokter dan perawat menurut propinsi, terlihat ada enam propinsi yang mempunyai lebih dari 50% puskesmasnya kelebihan dokter dan kelebihan perawat, 3 propinsi tertinggi diantaranya adalah Propinsi Kepulauan Riau 87% (61 puskesmas); Propinsi Bali 72,9% (87 puskesmas) dan Propinsi Kepulauan Bangka Belitung 61,7% (37 puskesmas). Lebih detail bisa dilihat pada gambar 6.



Gambar 6. Persentase Puskesmas dalam Kecukupan Tenaga Dokter dan Perawat menurut Propinsi di Indonesia, Tahun 2013.

Ditinjau dari kecukupan tenaga dokter dan bidan di puskesmas, terlihat bahwa terdapat 33,4% Puskesmas (3.206 puskesmas) kelebihan dokter dan kelebihan bidan pula, dan terdapat 11,3% (1.085 puskesmas) yang kekurangan Dokter dan kekurangan bidan (gambar 7).

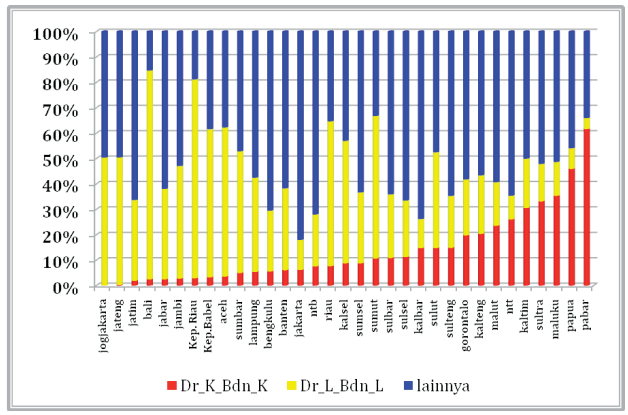
Dilihat dari pendistribusian tenaga dokter dan bidan menurut propinsi nya, tampak ada enam propinsi yang mempunyai lebih dari 50% puskesmas nya kelebihan dokter dan kelebihan perawat, tiga



Keterangan: Bdn= bidan

Gambar 7. Persentase Puskesmas dalam Kecukupan Tenaga Dokter dan Bidan di Indonesia, Tahun 2013.

propinsi tertinggi diantaranya adalah Propinsi Bali 82,2% (99 puskesmas); Propinsi Kepulauan Riau 78,3% (55 puskesmas) dan Propinsi Kepulauan Bangka Belitung 58,3% (35 puskesmas). Lebih detail bisa dilihat pada gambar 8.



Keterangan: Dr= dokter; Bdn= bidan; K= kurang; L= lebih

Gambar 8. Persentase Puskesmas dalam Kecukupan Tenaga Dokter dan Bidan menurut Propinsi di Indonesia, Tahun 2013.

PEMBAHASAN

Hasil analisis di atas memberikan gambaran bahwa telah terjadi penumpukan tenaga kesehatan strategis di satu sisi, namun di sisi lainnya timbul kekurangan tenaga kesehatan strategis. Puskesmas yang kekurangan dokter umum ada lima propinsi, yaitu Propinsi Papua Barat, Papua, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Timur dan Nusa Tenggara Barat.

Keadaan ini menandakan aspek Distribusi tenaga kesehatan strategis yang tidak merata. Fenomena inilah yang menjadikan situasi tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan mengalami "permasalahan ganda", di mana semestinya sudah membicarakan soal kualitas pelayanan dengan kompetensi tenaga kesehatan, namun di sisi lain ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan menjadikan kendala yang cukup serius dalam rangka peningkatan kualitas layanan terhadap masyarakat. Sehingga "permasalahan ganda" ini mau tidak mau harus diselesaikan secara simultan bersama-sama. Kebijakan relokasi tenaga kesehatan dari yang berlebih ke yang kurang diikuti oleh peningkatan kualitas kompetensinya. Suatu upaya yang tidak mudah namun mendesak perlu, jika tidak ingin kekosongan tenaga kesehatan tersebut diisi oleh tenaga kesehatan Asing yang di kontrak.

Equity dalam kesehatan terbagi menjadi 3 dimensi, yaitu: (1) Equity dalam status kesehatan (2) Equity dalam penggunaan layanan kesehatan dan (3) Equity dalam pembiayaan kesehatan. Di dalam permasalahan di atas merupakan dimensi ke 2 yaitu Equity dalam penggunaan layanan kesehatan. Ketimpangan dalam penyebaran dan distribusi tenaga kesehatan ini sudah tergambar sejak lama. Hasil penelitian oleh Turniani dkk (2011), yang dalam hasil wawancara mendalam terhadap beberapa pejabat BKD kabupaten / kota memberikan pandangan:

> *" …. Pengangkatan tenaga professional tidak sesuai dengan profesi yang dibutuhkan, disamping itu PNS lebih memilih untuk ditempatkan di tempat-tempat strategis….." (Kab. Jeneponto).*

> *" ….. Apabila dulu dalam penempatan tenaga dari pusat masih terlihat kriteria-kriteria penempatan, dengan desentralisasi daerah harus mengisi 'instrumen' tersebut. Sehingga keinginan untuk mendapatkan pelayanan pada masyarakat itu sulit karena tenaga-tenaga kita banyak menuntut daerah yang diminati. Sedangkan daerah yang tidak diminati akan kesulitan menempatkan tenaga kesehatannya…" (Kab. Probolinggo).*

> *"… terkait dengan pemindahan tenaga/ pegawai diperlukan masukan dari dinas atau SKPD masing-masing. Mereka mengusulkan untuk ditempatkan di mana, tetapi tidak menutup kemungkinan merupakan suatu kebijakan dari atasan atau realisasinya harus ada kebijakan Bupati…." (Kab. Mojokerto).*

> *"…. Distribusi tenaga dan peningkatan kapasitas SDM didasarkan atas kebutuhan dari Dinas Kesehatan akan tetapi kewenangan tetap di BKD (Badan Kepegawaian Daerah)" (Kab. Bima)*

Apabila dicermati hasil wawancara tersebut di atas menunjukkan bahwa ketimpangan dalam distribusi tenaga kesehatan disebabkan oleh aspek kebijakan daerah dan minat tenaga kesehatan itu sendiri. Terkait aspek kebijakan dalam pendayagunaan tenaga kesehatan, sudah cukup banyak peraturan yang diterbitkan baik berupa Undang-undang, Peraturan Pemerintah ataupun Peraturan Menteri. Di dalam Undang-undang no. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, disebutkan pada Pasal 6 poin e dan pasal 7 poin e bahwa

> *"Dalam melaksanakan tanggung jawabnya Pemerintah daerah Propinsi dan Kabupaten/Kota melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan dan pengembangan."*

Pada Pasal 27 ayat 1:

> *"Tenaga kesehatan yang diangkat oleh Pemerintah dan/ atau Pemerintah Daerah dapat dipindah tugaskan antar propinsi, antar kabupaten atau antar kota karena alasan fasilitas pelayanan kesehatan dan atau promosi"*

Berdasar dari Undang-undang tersebut di atas, maka tidak boleh ada alasan apa pun untuk bisa dipindah tugaskan dari puskesmas yang kelebihan tenaga kesehatan ke puskesmas yang kekurangan tenaga kesehatan. Proses meredistribusi tenaga kesehatan itu berlangsung secara berjenjang sesuai wilayah administrasinya yaitu kabupaten/ kota meredistribusi antar Puskesmas di wilayah kabupaten/kota atau Propinsi meredistribusi tenaga kesehatan antarkabupaten/kota. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Bersama (PMB) antara Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri dan Menteri

Aparatur Negara No.61 Tahun 2014; No. 68 Tahun 2014 dan No. 08/SKB/Menpan-RB/10/2014 tentang Perencanaan dan Pemerataan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Daerah. Pada Pasal 3 ayat 1 termaktub bahwa

> *"Gubernur dan Bupati/walikota melaksanakan perencanaan dan Pemerataan Tenaga Kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Daerah."*

Pada Pasal 9 ayat 1 dan 2 menjelaskan

> *"Perencanaan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 digunakan sebagai dasar Pemerataan Tenaga Kesehatan, dan Pemerataan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui redistribusi dan distribusi Tenaga Kesehatan."*

Selanjutnya dikatakan pada Pasal 10 ayat 1 bahwa

> *" Bupati/Walikota harus melakukan redistribusi dalam rangka Pemerataan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (2), dengan cara menempatkan kembali Tenaga Kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki kelebihan Tenaga Kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kekurangan Tenaga Kesehatan di lingkungan kabupaten/kota masing-masing".*

Berdasarkan PMB tersebut di atas jelas bahwa redistribusi tenaga kesehatan di puskesmas adalah kewenangan dari Bupati/Walikota, dan hal itu sifatnya 'Harus' jika terjadi ketimpangan tenaga kesehatan di Puskesmas (fasyankes). Namun apakah hal ini benar-benar diimplementasikan? Kondisi tersebut dapat dilihat dari hasil analisis di atas, kebijakan pimpinan justru yang menjadi kendala dalam melakukan redistribusi. PMB tidak menyebutkan sangsi jika pasal 9 dan 10 tidak juga dilakukan atau dijalankan.

Jika kondisi ketimpangan tenaga kesehatan ini dikaitkan dengan situasi JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang sedang berjalan saat ini, yaitu puskesmas mendapatkan dana Kapitasi, maka bisa jadi ketimpangan tenaga kesehatan itu akan menjadi potensi konflik, meski belum sampai pada konflik fisik.

Adanya dana kapitasi yang langsung untuk puskesmas memberikan kemungkinan bahwa semakin menumpuknya tenaga kesehatan di puskesmas secara finansial jasa pelayanan medis akan menjadi lebih sedikit dibandingkan puskesmas yang kekurangan tenaga kesehatan. Ketimpangan ini sedikit banyak menguntungkan puskesmas dengan kekurangan tenaga kesehatan dan jika dilakukan redistribusi ada kemungkinan puskesmas tersebut menolak dan terjadi potensi konflik.

Seperti yang dikutip oleh Asriwandari (2013) dari Liliweri (2009) bahwa salah satu penjelasan mengenai sumber konflik adalah, adanya kelangkaan sumber daya untuk pemenuhan kebutuhan hidup dan kepentingan individu dan masyarakat. Keadaan ini akan membuat banyak orang merasa tidak puas atas ketidak adilan distribusi sumber daya tersebut, dan ketika terjadi ketidakpuasan, maka akan terjadi konflik.

Penempatan tenaga kesehatan yang sesuai kebutuhan, serta pemanfaatan tenaga kesehatan yang sesuai dengan kompetensinya, mutlak memerlukan perencanaan yang matang. Melalui perencanaan yang matang, produktivitas kerja dari masing-masing jenis tenaga kesehatan dapat ditingkatkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil analisis dan pembahasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa secara kuantitas tenaga kesehatan strategis (dokter, dokter gigi, Perawat dan Bidan) telah terjadi maldistribusi, kecuali tenaga kesehatan dokter gigi yang memang masih sangat kurang, sehingga menimbulkan *inequety* dalam penggunaan layanan kesehatan. Faktor pendorong terjadinya *inequety* tersebut adalah belum terimplementasikannya kebijakan pendayagunaan tenaga kesehatan strategis secara konsekuen. Perencanaan penempatan tenaga kesehatan belum mengacu pada Permenkes nomor 75 tahun 2014.

Saran

Sosialisasi Permenkes nomor 75 tahun 2014 perlu segera dilakukan, sehingga dapat memperbaiki pelayanan kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (PPSDM) dan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan yang telah memberikan kesempatan untuk menganalisis dan mempublikasikan data yang ada. Terima kasih disampaikan pula kepada segenap dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota yang telah mengirimkan data secara rutin ke Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan. Semoga hasil analisis ini akan bermanfaat bagi pengambil keputusan di pusat maupun daerah.

DAFTAR PUSTAKA

Asriwandari, Hesti. 2013. Potensi Konflik Lokal: Sebuah Pendekatan Sosiologis. Disampaikan pada kegiatan fasilitas peningkatan kapasitas anggota Forum Kewaspadaan Dini Masyarakat (FKDM) Propinsi Riau, tanggal 25 November 2013. Riau.

Direktorat Bina Upaya kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan RI. 2012. Buku Saku Gatekeeper dalam Pelaksanaan SJSN. Jakarta 2012

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta.

Peraturan Menteri Bersama antara Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri dan Menteri Aparatur Negara No. 61 tahun 2014; No. 68 Tahun 2014 dan No. 08/SKB/Menpan-RB/10/2014 tentang Perencanaan dan Pemerataan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Daerah. Jakarta.

Turniani L, Didik Budijanto dkk. 2011. Riset Indikator Keberhasilan Desentralisasi Bidang Kesehatan di Indonesia. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Jakarta.

Siagian SP. 2009. Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi ke 7. PT Bumi Aksara, Jakarta

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Jakarta.