

ANALISIS KEBIJAKAN DALAM MENGATASI KEKURANGAN BIDAN DESA DI KABUPATEN NATUNA

POLICY ANALYSIS IN OVERCOMING THE LACK OF VILLAGE MIDWIVES IN THE DISTRICT OF NATUNA

Imam Syafari¹, Dwi Handono Sulistyo², Kristiani³

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Natuna Propinsi Kepulauan Riau

²Balai Pelatihan Kesehatan Yogyakarta

³Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran
Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Geographical condition of Natuna Islands which is not in accordance with health development affects the quantity and availability of midwives distributed in villages in the District of Natuna. In fact, the ratio between the number of villages and the number of midwives in the district has not met the standard proposed by the Ministry of Health. Unfortunately, there are still around 13 villages from 51 villages that have no midwives serving in those villages. The location of 13 villages are separate Island, and it caused lack of provide access to quality health care services. One of efforts done by the local government is to attract midwives' interest through a variety of strategies and policies in several fields such as financing, incentive, regulation, organization, and stakeholders' behaviors. **Method:** This was a descriptive study with study-case design by using qualitative method. Study case in this study was a single holistic study case. The informants were head of health office, head of health empowerment and promotion division, head of general affairs and employment sub division, head of BKD, head of Local Development Planning Agency, the Commission Two of Local Legislative, heads of community health centers, and village midwives. The study case design aimed to know policies in overcoming the lack of midwives in the District of Natuna.

Results: The local government financing policy allocated the budget or health less than 15%, which was only 3-4% used for improving the health workers' capacity. The incentive giving for midwives was relatively small compared to the incentive regulated by the Ministry of Health. There was no specific regulation from the local government, so that the policy was considered not optimal. In the organizational level, the role of stakeholders was in accordance with their duty and provision; however, the final decision was dependent upon Local Legislative and the local government's leader. Lastly, midwives' low interest to work in Natuna was caused by its geographical condition.

Conclusion: Local government's policy in the field of financing, incentive, organization, regulation, and behavior in overcoming the lack of village midwives was considered not optimal because of the absence of specific policy from the local government in this matter. In addition, midwives' low interest to work in Natuna contributed the lack of midwives in this district.

Keywords: policy analysis, the lack of village midwives.

ABSTRAK

Latar Belakang: Kondisi geografis kepulauan, yang tidak diimbangi dengan pembangunan di bidang kesehatan berdampak terhadap jumlah dan ketersediaan bidan desa di Kabupaten Natuna. Rasio bidan desa dibandingkan jumlah desa belum memenuhi standar Departemen Kesehatan. Masih terdapat sekitar 13 desa dari 51 desa yang belum terdapat tenaga bidan membutuhkan tenaga bidan karena letaknya di pulau-pulau terpisah dari ibu kota kecamatan, sehingga mempengaruhi akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah daerah adalah menarik minat tenaga bidan melalui berbagai strategi dan kebijakan di berbagai bidang, diantaranya pembiayaan, pemberian insentif, regulasi, organisasi dan perilaku stakeholder.

Tujuan penelitian: Untuk menganalisis kebijakan dalam mengatasi kekurangan bidan desa di Kabupaten Natuna.

Metode: Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus menggunakan metode kualitatif. Studi kasus dalam penelitian ini adalah studi kasus tunggal holistik. Informan penelitian ini adalah Kepala Dinas Kesehatan, Kabid. Pemberdayaan dan Promosi Kesehatan, Kasubag. Umum dan Kepegawaian, Kepala BKD, Kepala Bapeda, DPRD Komisi Dua, kepala puskesmas, bidan desa, dan kepala desa. Rancangan studi kasus bertujuan untuk mengetahui kebijakan dalam mengatasi kekurangan bidan desa di Kabupaten Natuna.

Hasil Penelitian: Kebijakan pembiayaan pemerintah daerah mengalokasikan anggaran kesehatan kurang dari 15%, belum ada kebijakan pembiayaan dalam mengatasi kekurangan bidan desa, hanya sekitar 3-4% digunakan untuk peningkatan kapasitas tenaga kesehatan. Pemberian insentif bagi bidan desa masih relatif kecil apabila dibandingkan dengan insentif yang ditetapkan oleh Depkes. Belum ada regulasi khusus dari pemerintah daerah, sehingga kebijakan ini belum optimal. Dalam tingkat organisasi peran hubungan *stakeholder* sesuai dengan tugas dan kewenangannya, meskipun keputusan akhir tergantung kepada DPRD dan kepala daerah. Perilaku rendahnya minat bidan bekerja di Natuna disebabkan kondisi geografis Natuna yang berupa kepulauan.

Kesimpulan: Kebijakan pemerintah daerah dalam bidang pembiayaan, insentif, organisasi, regulasi, dan perilaku, dalam mengatasi kekurangan bidan desa belum optimal, karena belum ada kebijakan khusus dari pemerintah daerah dalam menangani kekurangan bidan desa. Disamping itu juga karena rendahnya minat bidan bekerja di Natuna.

Kata Kunci: Analisis kebijakan, kekurangan bidan desa.

PENGANTAR

Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata merupakan penyebab utama kurangnya jumlah tenaga kesehatan di sejumlah daerah terpencil dan tertinggal di wilayah Indonesia¹. Pendistribusian tenaga kesehatan dipengaruhi oleh gender karena sebagian besar tenaga kesehatan adalah perempuan, keadaan ini menyebabkan penumpukan tenaga kesehatan di suatu puskesmas².

Data Pusat Perencanaan dan Pembangunan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2007, menyebutkan bahwa masih terdapat 13% puskesmas di daerah terpencil dan tertinggal tidak memiliki bidan dan 3% puskesmas di daerah tidak terpencil dan tidak tertinggal tidak memiliki bidan. Keadaan ini berdampak terhadap upaya akselerasi penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di daerah terpencil dan daerah tertinggal.

Upaya mengatasi masalah tersebut pemerintah saat ini memprioritaskan pembangunan kesehatan di daerah terpencil, tertinggal, dan daerah perbatasan. Salah satunya adalah memperbaiki sistem distribusi tenaga kesehatan, termasuk tenaga bidan, akan tetapi upaya ini kurang berhasil, karena tenaga kesehatan termasuk tenaga bidan lebih tertarik ditempatkan di wilayah perkotaan, hal ini disebabkan karena sulitnya kondisi wilayah dan transportasi di daerah terpencil dan tertinggal, dibandingkan dengan wilayah perkotaan³.

Di Kabupaten Natuna, masih terdapat 51 desa yang tidak memiliki bidan⁴. Jumlah 51 desa tersebut terdapat 13 desa yang membutuhkan bidan desa karena 13 desa tersebut letaknya di pulau-pulau yang terpisah dari ibu kota kecamatan dan hanya bisa ditempuh dengan transportasi laut dan tergantung cuaca, sehingga keadaan ini mempengaruhi akses masyarakat di desa-desa tersebut dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 81/MENKES/SK/I/2004, menetapkan bahwa untuk daerah terpencil perbandingan bidan desa terhadap jumlah desa adalah setiap desa minimal harus memiliki satu bidan desa⁵.

Kebijakan pemerintah daerah dalam mengatasi kekurangan tenaga kesehatan belum menunjukkan hasil optimal, diantaranya adalah: 1) pengalokasian anggaran kesehatan untuk peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan, 2) pemberian insentif terhadap tenaga kesehatan, 3) regulasi distribusi tenaga kesehatan, dan 4) melibatkan peran serta stakeholder dan masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus. Studi kasus dalam penelitian ini adalah studi kasus tunggal holistik⁶. Pendekatan penelitian yang dipakai untuk memperoleh ketetapan dengan metode ini adalah secara kualitatif yaitu prosedur pemecahan masalah dengan menggunakan cara memaparkan data yang diperoleh dari pengamatan kepustakaan dan pengamatan lapangan, kemudian dianalisis dan diinterpretasikan dengan memberikan kesimpulan⁷. Lokasi penelitian ini adalah di Kabupaten Natuna. Subyek penelitian terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bappeda, Kepala BKD, DPRD Komisi yang membidangi kesehatan, Kasubag. Umum dan Kepegawaian Dinas Kesehatan, Kabid. pemberdayaan dan promosi kesehatan dinas kesehatan, bidan desa, dan kepala puskesmas, serta kepala desa. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam. Hasil wawancara dianalisis melalui tiga alur kegiatan yaitu, reduksi data, penyajian data secara sistematis dalam narasi yang argumentatif serta menarik kesimpulan dan verifikasi.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN Kebijakan Pembiayaan

Pembiayaan atau anggaran merupakan komponen struktural utama yang akan mempengaruhi hasil karena dapat berdampak kepada pendistribusian status kesehatan dan kemampuan pembiayaan pemerintah daerah terhadap pelayanan kesehatan⁸.

Pembiayaan atau alokasi anggaran kesehatan di Kabupaten Natuna masih rendah dan fluktuatif sekitar 2-10% dari total Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD). Sebagian alokasi anggaran dipergunakan untuk kegiatan pembangunan yang bersifat fisik. Sampai saat ini belum ada kebijakan pembiayaan khusus untuk mengatasi kekurangan bidan desa di Kabupaten Natuna, dan hanya sekitar 2-3% dari total anggaran yang ada dialokasikan untuk peningkatan kapasitas sumber daya manusia.

Tabel 1. Alokasi Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Natuna

Tahun	Apbd Kabupaten Natuna	Anggaran Kesehatan	Prosentase
2006	984,502,080,000	26,668,542,410	2,7 %
2007	1,636,278,000,000	169.183.345.003	10,3%
2008	1,040,803,158,550	54.807.459.904	5,2%

Sumber: Diolah dari APBD Anggaran 2007-2008 Kabupaten Natuna

Alokasi anggaran kesehatan di Kabupaten Natuna masih dibawah kesepakatan nasional yang telah ditetapkan sebesar 15%.

"Saat ini kita memang belum dapat meminta pemerintah daerah untuk merealisasikan anggaran kesehatan sebesar 15% dari APBD... bisa kita maklumi.....apalagi sekarang khan udah desentralisasi....tentunya disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan dari daerah to.....".(Informan-1)

"Kita akui.... alokasi anggaran kesehatan saat ini masih rendah...masih dikisaran antara 2-10%.... ini khan daerah baru berkembang ... alokasi dana memang lebih banyak dialokasikan untuk pembangunan fisik...tapi kedepannya kita harapkan anggaran kesehatan akan mendekati ideal..." (Informan-3).

Pada tahun 2007 pemerintah daerah mengalokasikan anggaran kesehatan untuk kegiatan peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan, sebesar Rp.3.999,7000,00. yang dipergunakan untuk kegiatan, pendidikan dan pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar (PONED), APN, dan beasiswa. Pada tahun 2008 pemerintah daerah mengalokasikan anggaran untuk peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan sebesar Rp.1.416.096.000,00.

Tabel 2. Pembiayaan Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan di Kabupaten Natuna

Kegiatan	Anggaran Tahun 2007	Anggaran Tahun 2008
Pendidikan dan pelatihan formal, PONED, APN	816,096,000,00	816,096,000,00
Program Dokter dan Bidan	2,543,584,000,00	
Kursus peningkatan aparatur (BTCL, ATCLS)	600,000,000,00	600,000,000,00
Jumlah	3,999,680,000,00	1.416, 096,000,00

Sumber: Diolah dari Data DPA tahun Anggaran 2007-2008 Kabupaten Natuna

Kebijakan pembiayaan untuk peningkatan kapasitas tenaga kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan, dan menarik minat tenaga kesehatan dari luar daerah untuk bekerja di Natuna.

"Sebagian alokasi anggaran kita gunakan untuk meningkatkan kemampuan bidan desa, dengan diikuti pelatihan PONED dan APN, serta sebagian dialokasikan untuk beasiswa ke AKBID... dengan program ini selain untuk meningkatkan kompetensi paramedis juga dapat menjadi daya tarik bagi tenaga kesehatan dari luar agar mau bekerja di natuna...." (Informan-1).

Kebijakan Pembayaran Insentif

Pemberian insentif merupakan faktor penting yang mempengaruhi bagaimana dan mengapa orang-orang memilih untuk bekerja di sebuah organisasi⁹.

Seluruh anggaran kesehatan yang ada, dialokasikan dana sebesar Rp.5.200.000.000,00 setiap tahun untuk pemberian insentif kepada tenaga kesehatan medis dan non medis. Pemberian insentif ini merupakan salah satu bentuk komitmen pemerintah daerah terhadap tenaga bidan desa yang bertugas di pulau-pulau terpencil, serta bertujuan untuk menarik minat tenaga kesehatan, terutama tenaga bidan dari luar daerah agar bersedia bekerja di natuna.

"Salah satu kebijakan yang kita buat adalah memberikan insentif kepada tenaga kesehatan, harapannya...yaaagar tenaga kesehatan dari luar daerah mau bekerja di sini..."

"Karena masih banyak desa di pulau-pulau ... yang belum terdapat bidan desa,...disamping itu yaaa..dengan insentif ini diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan tenaga paramedis..." (Informan-1).

Upaya stimulus pemerintah daerah dengan beasiswa, pendidikan dan pelatihan serta pemberian insentif terhadap tenaga bidan ternyata belum mampu menarik minat tenaga bidan dari luar daerah.

"Masalahnya adalah terletak dari minat tenaga bidan yang bersedia bekerja di Natuna adalah rendah sekali..apalagi bidan yang mau ditempatkan di desa atau di pulau-pulau kecil..."

"Mungkin kalau bidan itu laki-laki..bisa kali yaa..tapi bidan khan gak ada yang laki-laki..." (Informan-1)

"....Akan tetapi setiap ada alokasi formasi tenaga bidan dalam penerimaan tenaga bidan selalu saja kurang..." (Informan-2)

".... daerah kami cukup sulit pak... apalagi desa yang terletak di pulau-pulau kecil seperti subi ini...listrik tidak 24 jam, sulit mendapatkan air bersih....transportasi cuma lewat laut..itupun tidak setiap hari....makanya sulit sekali memang membawa bidan kesini.. jarang bidan mau bertugas di daerah seperti ini, kecuali memang penduduk asli natuna seperti saya ini....." (Informan-14)

Organisasi

Suatu organisasi harus membuka diri serta menyusun strategi dan kebijakan, sehingga mampu menghadapi tuntutan perubahan yang terjadi¹⁰.

Fungsi pengendalian organisasi dapat difokuskan pada dua karakteristik utama dalam upaya meningkatkan pembangunan kesehatan, yaitu: 1) tingkat makro organisasi; 2) tingkat mikro organisasi

Tingkat Makro Organisasi

Pengaruh perubahan lingkungan yang sangat dinamis ternyata tidak menunjukkan respon terhadap sistem manajemen Dinas Kesehatan Tingkat II, sistem manajemen Dinas Kesehatan Tingkat II belum banyak mengalami perubahan yang substansial, serta masih mencerminkan lembaga pemerintahan yang birokratik¹².

Fungsi pengendalian organisasi makro dalam upaya mengatasi kekurangan bidan desa, yang meliputi peran dan hubungan antara *stakeholder* berjalan cukup baik sesuai dengan fungsi dan kewenangan *stakeholder* di setiap level instansi.

"Kita berusaha bekerjasama dengan semua pihak.....tapi yaaa ... seperti yang saya katakan tadi... untuk tenaga bidan sulit sekali untuk memenuhi kebutuhan daerah ini... mungkin kondisi wilayah kita yang sulit....." (Informan-1)

"BKD.. selalu membuat perencanaan kebutuhan dan formasi kebutuhan setelah melalui koordinasi dengan setiap SKPD... setelah ada usulan dari SKPD tersebut baru kita buat perencanaan sesuai dengan kebutuhan... (Informan-2)

Peran dan hubungan di tingkat makro organisasi dalam pengalokasian anggaran berjalan cukup baik, meskipun pada kenyataannya dalam setiap pengalokasian anggaran dalam forum TPAD-SKPD, hasil akhir tergantung kepada DPRD dan kepala daerah.

".....Meskipun kita mendukung upaya daerah mengatasi kekurangan bidan desa....akan tetapi pada akhirnya keputusan alokasi anggaran tetap ada di dewan dan kepala daerah.... tapi kedepannya kita harapkan anggaran kesehatan akan mendekati ideal..." (Informan-3).

"kebijakan seperti ini, tentunya memerlukan alokasi lumayan besar ...untuk itu harus ada komunikasi yang intens antara dinas kesehatan dengan dewan..agar kami lebih mengerti dan memahami masalah apa saja yang ada dan kebijakan apa yang hendak dilakukan oleh dinkes..." (Informan-6).

Kontrol organisasi pemerintah daerah sebagai organisasi birokrasi dalam setiap membuat kebijakan masih tergantung kepada kepala daerah dan DPRD.

Tingkat Mikro Organisasi

Pada tingkat mikro organisasi, setiap usulan kebijakan dan rencana kegiatan dinas kesehatan,

melibatkan semua bidang program dan tim perencanaan anggaran. Tim ini membuat dan menyusun rencana usulan kegiatan berdasarkan masukan dan usulan kepala dinas kesehatan.

Perencanaan formasi dan penerimaan pegawai, termasuk bidan desa, dinas kesehatan melibatkan setiap bidang dalam membuat rencana dan usulan alokasi formasi pegawai yang dibutuhkan.

"Dalam merencanakan alokasi dan formasi pegawai baik PTT, honor daerah. maupun PNS, kita selalu analisis kebutuhan, dengan melakukan koordinasi dengan puskesmas serta BKD...serta tentunya berdasarkan masukan dan kebijakan dari kepala dinas kesehatan...." (Informan-4)

"Kita sangat peduli dengan masalah ini... sehingga kita selalu mengingatkan bagian kepegawaian dalam alokasi formasi pegawai untuk tenaga bidan di sesuaikan dengan kebutuhan kita..akan tetapi masalahnya seperti diungkapkan tadi... minat bidan untuk bekerja ditatuna yang sangat rendah..." (Informan-1)

Perencanaan dan usulan kegiatan dalam mengalokasikan anggaran, dinas kesehatan melibatkan tim penganggaran serta bidang-bidang program, akan tetapi keputusan akhir semua usulan kegiatan tergantung kepada kepala dinas kesehatan.

"Kita membuat usulan kegiatan, mulai dari rencana kegiatan sampai dengan rencana alokasi anggarannya dengan melibatkan semua bidang...akan tetapi pada akhirnya semua usulan dan rencana kegiatan yang memutuskan adalah kepala dinas kesehatan...." (Informan-5)

Regulasi

Regulasi pelayanan kesehatan adalah upaya publik untuk memberikan pengaruh langsung atau tidak langsung terhadap perilaku dan fungsi organisasi maupun perorangan yang menyediakan pelayanan kesehatan¹³.

Regulasi biasanya mengacu kepada kegunaan kekuasaan yang memaksa dari negara dalam mengubah perilaku individu dan organisasi, biasanya berbentuk peraturan-peraturan dalam sistem kesehatan¹².

Regulasi Pengalokasian Anggaran dan Pemberian Insentif

Komitmen pemerintah daerah dalam mengatasi kekurangan tenaga kesehatan masih sebatas upaya menyesuaikan dengan tuntutan dan kondisi lingkungan. Belum ada regulasi khusus dalam bentuk Peraturan Daerah (Perda) atau Surat Keputusan Bupati untuk kegiatan mengatasi kekurangan bidan desa.

"..salah satu yang utama adalah kurangnya bidan desa...meskipun sampai saat ini belum ada kebijakan secara tertulis, tapi upaya kami untuk mengatasi masalah ini sudah kami lakukan.....kedepannya mungkin memang lebih bagus dan lebih fokus kalau kita buat suatu kebijakan khusus... sehingga dalam pengimplementasiannya lebih gampang... misalnya dalam bentuk SK Bupati seperti pemberian insentif itu....." (Informan-1)

Regulasi Distribusi Tenaga Kesehatan

Peran dinas kesehatan dan Badan Kepegawaian Daerah (BKD) sangat vital dalam regulasi distribusi tenaga kesehatan, akan tetapi regulasi kompromistis yang dilakukan selama ini belum dapat mengatasi masalah distribusi tenaga bidan.

"Kita sudah mencoba membuat distribusi bidan desa ini disesuaikan dengan kebutuhan di tiap wilayah...eeeh akan tetapi masalahnya adalah bidan itu perempuan..yang rata-rata statusnya adalah istri pegawai/TNI..atau malah pejabat...disitu letak masalahnya...jadi dalam hal ini kita harus bisa kompromi..." (Informan-1).

"Sulit sekali membuat aturan dalam menempatkan tenaga bidan..., karena rata-rata bidan di Natuna ini bertugas biasanya ikut suami...khan gak mungkin kita tempatkan mereka terpisah berjauhan...sudah banyak saya menerima keluhan dan malah ancaman..akan menikah lagi kalau diletakkan berjauhan dengan istri atau suami mereka ...yaa ujung-ujungnya...kita harus mengakomodir mereka..." (Informan-2).

Peran dinas kesehatan dan Badan Kepegawaian Daerah sebagai bagian dari organisasi pemerintah daerah dalam membuat regulasi distribusi masih bersifat kompromistis. Hal ini dikarenakan sebagian besar tenaga bidan yang bekerja di Kabupaten Natuna berstatus ikut suami atau istri pejabat, PNS, atau ABRI.

Perilaku Stakeholder

Perilaku individu mempengaruhi *performance* sistem kesehatan dan status kesehatan. Perilaku memberikan suatu upaya bagi pejabat terkait/pembuat kebijakan kesehatan dalam mencari solusi terhadap berbagai masalah kesehatan¹².

Perilaku *stakeholder* di beberapa level dan tingkatan di kabupaten dan kecamatan dalam penelitian ini dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

Perilaku *Stakeholder* dalam Mengalokasikan Anggaran Kesehatan

Perilaku *stakeholder* dalam penyusunan dan pelaksanaan kebijakan dalam mengatasi keku-

rangan bidan desa di Kabupaten Natuna sangat beragam dan pada prinsipnya secara umum mendukung kebijakan tersebut.

"Bapeda...biasanya sih setuju aja... selama alokasi anggaran yang diusulkan itu memang untuk peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat...dan untuk kesejahteraan pegawai, ...sebenarnya gak ada masalah, apapun yang diusulkan oleh dinas kesehatan ... biasanya setuju aja..." (Informan-3).

Kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang lebih mudah dan terjangkau dengan menempatkan bidan di setiap desa harus merupakan prioritas utama.

"Dewan .. memang menginginkan semua masyarakat Natuna ini mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai... terutama di desa-desa yang terletak dipulau...kita akan selalu mendukung setiap upaya dan kegiatan pemerintah apapun bentuknya, termasuk pengalokasian anggaran kesehatan dalam mengatasi kekurangan bidan desa....." (Informan-6)

Badan Kepegawaian Daerah (BKD) dan dinas kesehatan masih menggunakan pendekatan dan aturan kepegawaian yang bersifat *kompromistis*, terutama dalam hal penempatan atau distribusi tenaga bidan.

"Selalu ada koordinasi dengan dinas kesehatan,hanya untuk tenaga bidan, kita memang harus lebih banyak berkompromi... karena sebagian besar bidan yang bekerja di Natuna adalah karena ikut suami.." (Informan-2).

"Khusus tenaga bidan..kita memang mengalami sedikit kesulitan dalam penempatan, karena rata-rata bidan bekerja di Natuna ini karena ikut suami bertugas...jadi kita memang lebih banyak ke arah komprominya...." (Informan-4)

Perilaku *stakeholder* tingkat kabupaten menunjukkan bahwa: 1) penyusunan usulan alokasi anggaran diserahkan sepenuhnya kepada dinas kesehatan dan keputusan akhir berada ditangan kepala daerah atau DPRD, proses penyusunan pada forum SKPD adalah sebagai alat justifikasi; 2) terdapat kebijakan yang bersifat *kompromistis* khusus distribusi dan penempatan bagi tenaga bidan yang diberlakukan oleh dinas kesehatan dan Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Natuna.

Perilaku Bidan Desa

Pada gugus wilayah tiga yaitu di Kecamatan Serasan, semua desa tidak terdapat bidan, 2 orang bidan yang ada semuanya bertugas di puskesmas.

"...Kalaupun ada penambahan jumlah tenaga bidan, kami biasanya terkendala dengan fasilitas bangunan yang tidak memadai... sehingga kami melakukan tugas pelayanan secara bergilir ke pulau-pulau...khan kasihannya... kalau ditempatkan di pulau tapi gak ada gedungnya, misalnya di Pulau Batu berian...itu atau polindes Airnusa yang keadaannya sudah rusak berat"(Informan-9)

"Saat ini bidan tinggal 2 orang, sedangkan polindes di sini...sudah rusak... juga gak ada peralatan yang memadai.....jadi gak mungkin kami tinggal di desa...jadi kami buat jadwal bergilir ke desa setiap minggu.....". (Informan-13)

Pada gugus wilayah lima, yaitu di Kecamatan Pulau Subi, hampir seluruh desa tidak terdapat bidan desa. Padahal banyak desa yang terletak di pulau-pulau yang terpisah dengan kota kecamatan dan jarak tempuh melalui laut kurang lebih 3,5 jam, misalnya Pulau Panjang dan Pulau Kerdau.

"Kita sudah membuat usulan kepada dinas...tapi kita ngerti kok... jangan di subu ini, didaerah yang lebih dekat dengan kota saja.. bidan desanya juga kurang...jadi salah satu cara yang kami buat adalah membuat pelayanan secara bergilir setiap minggu ke pulau-pulau itu...."(Informan-10)

"...Sekarang bidan satunya pindah ke ke RSUD, ikut suaminya yang pindah....jadi saya tinggal sendirian bekerja melayani seluruh desa yang letaknya di pulau-pulau... tugasnya semakin berat Pak.". (Informan-14)

Pemberlakuan pola insentif yang memperlihatkan apresiasi dan keberpihakan pemerintah terhadap tenaga kesehatan yang berada di daerah terpencil menjadi sebuah upaya untuk memperbesar minat dan motivasi serta meningkatkan daya tahan sumber daya manusia kesehatan untuk ditempatkan di daerah terpencil¹³.

Kabupaten Natuna dalam pemberian insentif ternyata bukan salah satu alasan utama bidan desa bersedia bekerja di Kabupaten Natuna, alasan utama mereka adalah karena ikut suami bertugas.

"Bertugas di polindes ini sejak 3 tahun yang lalu..yaa karena suami saya bertugas jadi polisi di Kabupaten Natuna ini....." (Informan-11)

" Saya bekerja sebagai bidan di polindes ini sejak 7 tahun yang lalu..pak.....yaa karena suami bertugas jadi guru ditempat ini, bukan karena dari awal ngerti kalau di natuna ada insentif....." (Informan-12)

Selain alasan ikut suami bertugas, bidan yang bersedia bekerja di Kabupaten Natuna adalah karena penduduk asli daerah Natuna, seperti di Kecamatan Serasan dan Kecamatan Subi.

"Saya bekerja di puskesmas serasan ini hampir 11 tahun, pertama kali sebagai honor sampai jadi PNS ..ditempatkan di serasan, karena daerah ini adalah kampung saya..." (Informan-13)

Karakteristik bidan desa di beberapa gugus wilayah kerja kecamatan di Kabupaten Natuna dapat dilihat pada tabel.

Kondisi geografis berupa kepulauan dengan segala keterbatasan transportasi dan informasi merupakan faktor utama yang menyebabkan perilaku rendahnya minat tenaga bidan dari luar daerah bekerja di Kabupaten Natuna. Bidan yang bekerja di Kabupaten Natuna sebagian besar tidak termotivasi karena insentif uang ataupun beasiswa pendidikan, karena alasan, yaitu 1) mengikuti suami bertugas, 2) penduduk asli daerah. Faktor lain yang menyebabkan bidan tidak bersedia ditempatkan di desa adalah fasilitas bangunan atau gedung polindes yang tidak ada atau keadaan rusak berat, sehingga terdapat kasus bidan lebih banyak bertugas di puskesmas.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Strategi dan kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Natuna dalam upaya mengatasi kekurangan bidan desa belum berjalan optimal.

Alokasi anggaran kesehatan di Kabupaten Natuna masih kurang dan belum sesuai dengan kesepa-

Tabel 3. Karakteristik Bidan Desa Di Kabupaten Natuna Tahun 2008

Karakteristik	Gugus Wilayah Kerja			
	GUGUS I	GUGUS II	GUGUS III	GUGUS V
▪ Usia	25	29	34	23
▪ Tingkat Pendidikan	D3	D3	D1	D3
▪ Lama Bekerja	6	7	11	3
▪ Status kepegawaian	PNS	PNS	PNS	PTT DAERAH
▪ Status Perkawinan	Nikah	Nikah	Nikah	Belum menikah
▪ Status Kependudukan	Pendatang	Pendatang	Penduduk asli	Penduduk asli
▪ Alasan bekerja di Natuna	Ikut suami	Ikut suami	Ikut suami	Penduduk Asli
▪ Fasilitas Polindes	Kurang	Kurang	Tidak ada	Tidak ada

Sumber: Hasil penelitian karakteristik bidan desa di wilayah Kabupaten Natuna Tahun 2008

katan nasional yaitu sebesar 15 %. Sampai saat ini belum ada kebijakan khusus dalam upaya mengatasi kekurangan bidan desa di Kabupaten Natuna. Anggaran kesehatan sebagian besar dialokasikan untuk program kegiatan pembangunan sarana dan prasarana fisik. Hanya sekitar 2-3% dari anggaran kesehatan dialokasikan untuk peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan.

Insentif tenaga bidan desa di Kabupaten Natuna masih jauh lebih rendah dibandingkan dengan insentif bidan PTT yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan.

Peran pemerintah daerah dalam regulasi kurang optimal, terutama dalam regulasi distribusi tenaga kesehatan. Selama ini regulasi distribusi tenaga kesehatan masih menerima dan mengakomodasi penempatan bidan dengan alasan ikut suami bertugas.

Sebagai organisasi birokratik pemerintah daerah, peran dan hubungan stakeholder dalam kebijakan mengatasi kekurangan bidan desa sudah cukup optimal, hanya karena belum ada kebijakan khusus yang bersifat mengikat dan diimplementasikan dalam bentuk PERDA atau SK Bupati yang menyebabkan upaya ini kebijakana mengatasi kekurangan bidan desa belum berjalan optimal.

Saran

Pembiayaan atau alokasi anggaran perlu lebih diprioritaskan dan ditingkatkan untuk peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan dan pembiayaan untuk pemberian insentif. Dinas kesehatan mampu membuat usulan pemberian insentif terhadap tenaga bidan sesuai dengan nilai insentif bidan yang ditetapkan dalam Permenkes NO.508 tahun 2007 dan harus punya komitmen lebih dalam membuat usulan mengenai kebijakan khusus dalam mengatasi kekurangan bidan desa dalam bentuk PERDA atau SK bupati.

Dukungan dan komitmen yang lebih besar dari DPRD dalam setiap kebijakan pembangunan kesehatan termasuk kebijakan mengatasi kekurangan bidan desa, terutama yang berhubungan dengan pembuatan kebijakan khusus dan alokasi anggaran.

Badan Kepegawaian Daerah diharapkan dalam menerapkan kebijakan penempatan dan distribusi tenaga kesehatan terutama tenaga bidan disesuaikan dengan kebutuhan, bukan berdasarkan sikap kompromi dengan keadaan dan permintaan dari bidan dengan alasan ikut suami bertugas.

Bappeda dalam mendukung kebijakan mengatasi kekurangan bidan desa, terutama berhubungan dengan alokasi anggaran. Pemerintah Daerah Kabupaten Natuna perlu lebih membuka diri dalam upaya

mengatasi kekurangan tenaga bidan desa. Konteks keterbatasan kapasitas pemerintah disatu pihak dalam memperluas akses pelayanan kesehatan dan keterbatasan sumber daya manusia karena faktor geografis, salah satu kebijakan reformasi kesehatan yang dapat dilakukan adalah model penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang disebut *contracting out*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hapsara HR, Pembangunan Kesehatan di Indonesia, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 2004.
2. Fauzi MJ, Pengaruh Tsunami Terhadap Kebijakan dan Distribusi Tenaga Dokter dan Perawat di Kabupaten Aceh Utara Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Tesis, Universitas Gajah Mada, 2007.
3. Adhisasmito W, Sistem Kesehatan, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2007.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Natuna, Profil Kesehatan Kabupaten Natuna, Kabupaten Natuna, 2007.
5. Departemen Kesehatan RI, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 81/Menkes/SK/2004 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi. Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit, Jakarta, 2004.
6. Yin R, Studi Kasus, Desain dan Metode, Raja Grafindo, Persada, Jakarta, 2002.
7. Moleong LJ, Metode Penelitian Kualitatif, Remaja Rosdakarya, Bandung, 1990.
8. Asianti, Membangun Kesejahteraan Kesehatan Masyarakat Indonesia. INOVASI, 2005;4(12).
9. Mathis RL, Jackson JH, Human Resource Management, Penerbit Salemba Empat, Jakarta, 2006.
10. Setyawan IR, Manajemen Sumber Daya Manusia Strategis: Repositioning Peran, Perilaku Plus Kompetensi Serta Peran SDM Strategis. Di dalam: Usmara, A. ed. Paradigma Baru Manajemen Sumber Daya Manusia. Penerbit Amara Books, Yogyakarta, 2007.
11. Robert MJ, Hsiao W, Berman P, & Reich M, Getting Health Reform Right, Oxford University, New York, 2004.
12. Ayuningtyas D, (2005) Sistem Pemberian Insentif yang Berpihak Pada Sumber Daya Manusia Kesehatan di Daerah Terpencil. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 2005;09(02):87-93.
13. Koentjoro T, Regulasi Kesehatan di Indonesia, Penerbit Andi Offset, Yogyakarta, 2007.