

Waktu yang dihabiskan oleh kepala puskesmas keluar kantor untuk kegiatan administrasi versus program lapangan: analisis data fasilitas komunitas dari IFLS East 2012

Health center manager time spending for outside administrative versus field work in East Indonesian region: an analysis of community facility of 2012 IFLS East

Veronika Suka¹, Ahmad Watsiq Maula³, Dian Mawarni¹, Retna Siwi Padmawati², Mubasysyir Hasanbasri³

Dikirim: 3 Mei 2017
Diterbitkan: 15 Maret 2018

Abstract

Purpose: This study evaluates time spent on administrative and field public health program of physician or non-physician community health center managers in East Indonesian region. **Method:** The study used 85 community health center managers from 7 provinces of East Nusa Tenggara, East Kalimantan, Southeast Sulawesi, Maluku, North Maluku, West Papua, and Papua from which the data was available in the community facility section of Indonesian Family Life Survey East (IFLS East) 2012. **Results:** Physician managers spent more hours than non-physician managers for administrative matters. In addition, non-physician managers had more hours per week for field program activities as compared to physician managers. **Conclusion:** Research shows that physician managers have potential lost of their time in performing their medical service functions, which they are trained for. Policy should be directed to improve the management skills of non physician health workers so that physicians can maximize their time to solve medical problems in health centers.

Keywords: field work activities; managerial role physician vs non-physician managers; administrative works; public health programs

¹ Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada (Email: sukaveronika@gmail.com)

² Departemen Perilaku Kesehatan, Lingkungan dan Kedokteran Sosial, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

³ Departemen Biostatistik, Epidemiologi dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

PENDAHULUAN

Peran dokter sebagai kepala puskesmas telah banyak mendapat kritik karena dengan demikian waktu dokter habis digunakan untuk kegiatan administrasi. Padahal dokter dididik dan direkrut di puskesmas jelas untuk melayani kebutuhan layanan medis, yang tidak ada selain dokter lebih tepat mengambil posisi itu (1,2,3). Sebagian masih mendukung pendapat tentang pentingnya dokter sebagai agen *public health* yang membangun program berbasis masyarakat (4). Untuk itu bahkan ada yang berpendapat dokter harus bekerja di daerah yang sulit karena kemudian mereka bisa menjadi *leader* dalam *public health* (5). Pemerintah Indonesia dan kalangan ahli kesehatan masyarakat mendukung gagasan dokter sebagai agen *public health* dan pengelola program *public health* yang sesuai dengan kondisi wilayah setempat atau di tingkat wilayah puskesmas (6,7,8,9, 10).

Studi tentang peran dokter *public health* dan merangkap kepala puskesmas ini masih sangat terbatas sehingga kebijakan tentang siapa yang seharusnya menjadi kepala puskesmas (dokter atau bukan-dokter) kurang mendapat perhatian di kalangan pengambil kebijakan, terutama di Indonesia. Penelitian ini mengevaluasi kecocokan tenaga kesehatan dokter atau bukan-dokter sebagai kepala puskesmas dan beban kegiatan yang terkait dengan status itu. Pekerjaan administrasi akan mengurangi kesempatan dokter bekerja sebagai klinisi. Hipotesis tentang kesesuaian peran dokter berbunyi “dokter yang bekerja di puskesmas memiliki waktu yang lebih banyak untuk mengobati pasien atau mengelola program *public health* lapangan daripada jika mereka bekerja sebagai administrator.

METODE

Penelitian menggunakan 85 kepala puskesmas dan puskesmas pembantu dari 97 yang tercatat dalam data Indonesia *Family Life Survey East* (IFLS East) tahun 2012. Terdapat 12 kepala puskesmas tidak menjawab pertanyaan kegiatan administrasi dan 10 kepala puskesmas tidak menjawab pertanyaan kegiatan pelayanan. Survei tersebar di 7 provinsi Indonesia Timur, meliputi Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Timur, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua.

Kinerja kepala puskesmas dalam layanan *public health* diukur dari pertanyaan berapa jam rata-rata per hari kepala puskesmas keluar dari kantor untuk administrasi dan untuk layanan kesehatan masyarakat

(Pertanyaan nomor 4.9 dari kuesioner fasilitas komunitas). Kegiatan administrasi keluar dianggap bagus jika jumlah jam lebih sedikit dari 4 jam. Dengan asumsi jumlah jam di puskesmas lebih berguna untuk layanan jika jumlah jam keluar untuk administrasi kurang dari 4 jam. Jumlah jam keluar puskesmas untuk memberikan layanan kesehatan dianggap bagus jika lebih dari 4 jam. Kepala puskesmas yang efektif adalah jika dia lebih sedikit keluar untuk administrasi dan lebih banyak keluar untuk memberi layanan kepada masyarakat. Kegiatan luar gedung puskesmas terbagi menjadi dua, kegiatan administrasi berupa rapat dan seminar, sementara kegiatan lapangan berupa kegiatan penyuluhan dan posyandu, dan kegiatan luar lapangan yang terkait dengan kegiatan di puskesmas.

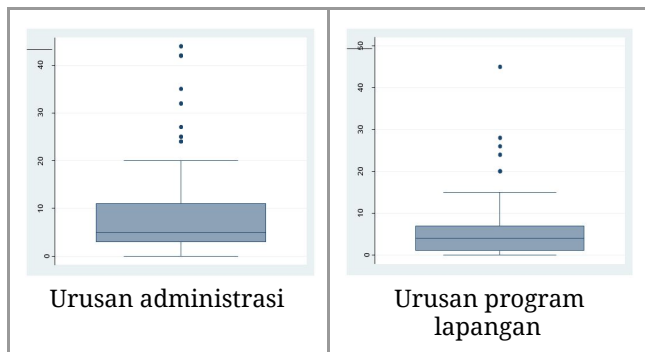
HASIL

Tabel 1 menjelaskan bahwa kepala puskesmas yang bertugas di desa lebih banyak dari bukan-dokter dibanding dokter. Sebagian besar kepala puskesmas belum menyelesaikan pendidikan strata 1 dan memiliki pengalaman kerja kurang dari 5 tahun. Kepala puskesmas mampu berbahasa lokal. Keistimewaan dari kepala puskesmas di daerah Indonesia Timur ini adalah mampu berbicara bahasa lokal, yang berarti mereka lebih bisa menyelami kondisi masyarakat dan ciri-ciri budaya yang penting diperhatikan untuk pengembangan kesehatan masyarakat.

Tabel 1. Ciri kepala puskesmas (n=85)

Variabel	%
Jenis kelamin	
Laki-laki	44,83
Perempuan	55,17
Profesi	
Dokter	37,93
Bukan-dokter	62,07
Pendidikan	
S1	41,38
Bukan S1	58,62
Masa kerja	
>5 tahun	33,72
<5 tahun	66,28
Kemampuan berbahasa lokal	
Ya	71,26
Tidak	28,74
Lokasi	
Kota	41,38
Desa	58,62

Gambar 1 menunjukkan median dari jumlah jam per minggu yang digunakan oleh kepala puskesmas untuk kegiatan administratif dan kegiatan fungsional kesehatan masyarakat di lapangan. Kepala puskesmas, apa pun profesinya, memiliki waktu yang lebih banyak dalam urusan administrasi dibandingkan dengan urusan program kesehatan di lapangan.



Gambar 1. Median jumlah jam keluar dari puskesmas untuk urusan administrasi dan program lapangan

Tabel 2 menunjukkan bahwa kepala puskesmas yang dokter memiliki hampir 3 kali lipat lebih besar dalam hal menghabiskan jam untuk kegiatan

administrasi dibandingkan dengan kepala puskesmas yang bukan-dokter. Sebaliknya dalam urusan pengelolaan program lapangan, kepala puskesmas yang dokter hampir seperlima kali lipat lebih kecil daripada kepala yang bukan dokter keluar puskesmas untuk mengurus program kesehatan lapangan.

Berkaitan dengan wilayah kerja, kepala puskesmas di wilayah pedesaan memiliki hampir 3 kali lipat lebih besar dalam menggunakan jam keluar dari puskesmas untuk program kesehatan masyarakat. Sebaliknya kepala puskesmas di desa lebih sedikit waktu daripada teman mereka di kota dalam urusan administrasi ke luar puskesmas. Kepala puskesmas di desa memiliki kecenderungan pengurusan program lapangan lebih besar daripada yang tinggal di kota.

Tabel 2. Determinan pola jam keluar untuk administrasi dan kunjungan lapangan kepala puskesmas

Variabel	Kegiatan Administrasi			Kunjungan Lapangan		
	≥ 4 jam (n)	< 4 jam (n)	PR (95%CI)	≥ 4 jam (n)	< 4 jam (n)	PR (95%CI)
Jenis kelamin						
Laki-laki	24	14	0,88 (0,36-2,16)	22	17	1,41 (0,60-3,29)
Perempuan	31	16		23	25	
Profesi						
Dokter	25	7	2,74 (1,0-7,4)**	11	22	0,29 (0,12-0,73)**
Bukan-Dokter	30	23		34	20	
Pendidikan						
S1	33	13	1,96 (0,79-4,83)	22	26	0,59 (0,25-1,38)
Bukan S1	22	17		23	16	
Masa kerja						
>5 tahun	40	16	2,17 (0,84-5,56)	28	29	0,78 (0,32-1,92)
<5 tahun	15	13		16	13	
Kemampuan berbahasa lokal						
Ya	40	21	1,14 (0,43-3,05)	34	28	1,54 (0,61-3,93)
Tidak	15	9		11	14	
Lokasi						
Desa	29	22	0,4 (0,15-1,06)	32	19	2,97 (1,23-7,22)**
Kota	26	8		13	23	

Keterangan: (*) = p-value < 0,10, (**) = p-value < 0,05, (***) = p-value < 0,01

BAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa kepala puskesmas yang dokter memiliki waktu yang lebih sedikit untuk pekerjaannya sebagai klinisi dan pengelola program aplikasi lapangan. Hal itu didukung dari rata-rata jumlah dokter yang sebagai kepala puskesmas pergi ke luar puskesmas hanya untuk urusan administrasi. Sebaliknya dokter yang bekerja sebagai kepala puskesmas juga tidak optimal pergi keluar puskesmas untuk program-program *public health*. Mereka bahkan pergi keluar puskesmas untuk alasan *public health* program lebih sedikit daripada kepala yang bukan-dokter. Berbeda dengan kepala yang bukan-dokter, mereka terbukti lebih banyak pergi ke luar puskesmas untuk memberi layanan *public health*. Mereka memiliki lebih sedikit waktu untuk urusan administrasi keluar puskesmas.

Temuan ini memiliki implikasi besar dalam peran dokter sebagai pemberi layanan medik di puskesmas atau di kegiatan program kesehatan masyarakat di wilayah puskesmas. Temuan ini mendukung dokter tidak merangkap sebagai kepala puskesmas karena dengan demikian tugas fungsional sebagai dokter menjadi berkurang karena urusan administratif. Temuan ini juga menegaskan kembali peran *public health* dari dokter atau tenaga kesehatan yang memang sangat penting untuk pemecahan masalah di masyarakat. Di sisi lain kita harus memisahkan antara fungsi manajemen dan fungsi pengelolaan program di lapangan. Jadi menjadi seorang manajer, meskipun penting terlibat di dalam pengelolaan program, mereka harus terlepas dari urusan mengelola program di lapangan, yang harus dikelola secara profesional dan berbasis efektivitas dan sustainabilitas.

Penelitian lebih lanjut masih sangat perlu dilanjutkan terkait potensi keterlantaran layanan medik dan *public health* di lapangan karena dokter merangkap sebagai kepala puskesmas. Banyak pro dan kontra tentang tugas rangkap dokter sebagai kepala puskesmas dan sebagai klinisi di puskesmas. Tidak hanya itu, ada kekhawatiran jika dokter yang juga memiliki praktik pribadi di luar puskesmas justru lebih mementingkan praktik pribadi mereka dibandingkan membangun layanan medik yang lebih optimal di puskesmas.

Pemerintah harus membuat kebijakan sumber daya kesehatan yang pasti tentang persiapan dan pelatihan tenaga sebagai ahli manajemen yang mengelola program-program *public health* (upaya kesehatan masyarakat, UKM) dan layanan kesehatan perorangan (upaya kesehatan perorangan, UKP), termasuk dalam hal bagaimana mengelola dokter dan tenaga kesehatan lainnya agar tenaga dapat difungsikan secara optimal. Jika dokter diminta bekerja terfokus pada layanan medik, maka penguatan sarana kesehatan masyarakat untuk berfungsi sebagai manajer dan sebagai pengelola program *public health* dan promosi kesehatan perlu mendapat tekanan dalam kebijakan. Pendidikan manajemen program dan administrasi kesehatan di fakultas kesehatan masyarakat yang memusatkan pada konsep dan praktik pengelolaan kegiatan berbasis kemampuan komunitas masih membutuhkan penguatan dalam pembelajaran magang di puskesmas dan dinas kesehatan agar lulusan bisa lebih siap bekerja di puskesmas dan di wilayah yang lebih sulit (11). Pendidikan sarjana kesehatan bahkan perlu mendapat tekanan dalam hal penguatan teori manajemen program yang diterapkan di lapangan dan penekanan kreativitas mahasiswa dalam kurikulum (12). Penguatan sarjana kesehatan masyarakat di tingkat strata 2 (master) juga patut menjadi prioritas kebijakan tenaga di tingkat puskesmas terutama di daerah terpencil. Orientasi dan fokus pengembangan manajemen program dan kebijakan *public health* di daerah memerlukan penguatan yang besar (12). Kurikulum pendidikan kesehatan masyarakat sudah seharusnya didesain agar lebih fokus pada aplikasi di lapangan, sebagai upaya untuk mengembangkan profesionalitas dan menjadi modal penting pada saat bekerja seperti di puskesmas ke depannya (13).

Belajar dari penelitian ini, ide membuat dokter kembali menjadi seorang klinisi sangat penting dan sudah waktunya. Jika dokter masih mau menjadi tenaga *public health*, seharusnya tugas mereka tidak dibebani urusan administrasi. Jadi patut diperhatikan bahwa dokter justru harus menjadi tenaga pokok

dalam layanan *public health*, tidak berfungsi sebagai administrator (14). Penelitian dari data yang terhimpun dalam data survei seperti ini tetap membutuhkan kehati-hatian. Penelitian ini tidak bermaksud penyimpulan untuk digeneralisasi ke populasi puskesmas di Indonesia Timur apa lagi di Indonesia. Meskipun demikian, temuan berdasarkan kepala puskesmas dan puskesmas pembantu di IFLS East 2012 ini dapat mendorong analisis lebih mendalam untuk bisa menggambarkan perubahan status kesehatan penduduk di Indonesia timur dan perubahan strategi dan penguatan kapasitas pemecahan masalah di puskesmas.

SIMPULAN

Penelitian ini berlawanan dengan hipotesis tentang kesesuaian fungsi dokter ketika mereka bekerja di puskesmas. Dokter menghabiskan lebih banyak waktu daripada bukan-dokter untuk urusan administratif yang merugikan pemanfaatan keahlian mereka sebagai dokter. Sebaliknya, untuk kepala puskesmas yang bukan-dokter lebih cocok karena lebih banyak menghabiskan kegiatan di luar gedung untuk urusan layanan program masyarakat. Untuk memaksimalkan sumber daya puskesmas, program S1 dan S2 kesehatan masyarakat memikirkan lulusan mereka yang dibuat untuk kebutuhan manajer di puskesmas dengan tekanan pengelolaan program kesehatan masyarakat di lapangan di tingkat puskesmas atau dinas kesehatan.

Abstrak

Tujuan: Penelitian ini mengevaluasi kecocokan tenaga kesehatan dokter atau bukan-dokter sebagai kepala puskesmas dan beban kegiatan yang terkait dengan status itu. **Metode:** Penelitian menggunakan 85 dari 97 kepala puskesmas dan puskesmas pembantu di 7 provinsi (Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Timur, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua) yang masuk dalam data fasilitas komunitas di Indonesian *Family Life Survey East* (IFLS East) 2012. **Hasil:** Kepala puskesmas yang dokter menghabiskan jam lebih banyak daripada bukan-dokter untuk urusan administrasi yang dapat merugikan pemanfaatan keahlian mereka sebagai dokter. Sebaliknya, untuk kepala puskesmas yang bukan-dokter lebih cocok karena lebih banyak menghabiskan kegiatan di luar gedung untuk urusan layanan program masyarakat.

Simpulan: Penelitian menunjukkan bahwa ada potensi kepala puskesmas yang dokter mengalami kehilangan waktu untuk menjalankan fungsi layanan medik yang merupakan bidang keahlian utama mereka. Untuk memaksimalkan sumber daya puskesmas, program S1 dan S2 kesehatan masyarakat perlu memikirkan lulusan mereka yang dibuat untuk kebutuhan manajer di puskesmas dengan tekanan pengelolaan program kesehatan masyarakat di lapangan di tingkat puskesmas atau dinas kesehatan.

Kata kunci: kunjungan lapangan; peran kepala puskesmas; kepala puskesmas dokter *versus* kepala puskesmas bukan dokter; kegiatan administrasi; program kesehatan masyarakat

PUSTAKA

1. Aulawi, Ahmad RA, Hasanbasri M. Membandingkan dokter dan bukan-dokter sebagai manajer di 8 puskesmas di Ogan Komering Ulu Timur (*Comparing physician and non-physician managers: a qualitative study of 8 community health centers in East Ogan Komering Ulu - South Sumatra*). Berita Kedokteran Masyarakat. 2016;1(3).
2. Candra C, Lazuardi L, Hasanbasri M. Ketidakhadiran tenaga kesehatan di puskesmas: analisis data IFLS 2012 di Wilayah Indonesia Timur (*Absenteeism among primary health center workers: an analysis of the 2012 IFLS in Eastern Indonesia*). Berita Kedokteran Masyarakat. 2016;1(12).
3. Adisasmito, W., Djuwita, R. & Thabrany, H. Persepsi Stakeholders tentang Kompetensi Dokter di Layanan Kesehatan Primer. Universitas Stuttgart, pp.15–21. 2010.
4. Rejeki LS, Hasanbasri M, Sanjaya GY. Peran puskesmas dalam pengembangan desa siaga di kabupaten Bantul. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2012;1(3):154-60.
5. Hana J, Kirkhaug R. Physicians' leadership styles in rural primary medical care: How are they perceived by staff? *Scandinavian journal of primary health care*. 2014 Mar 1;32(1):4-10.
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004).
7. Sulaeman, S. E. Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas. Yogyakarta: Gajah Mada University Press. 2011
8. Tollman S. Community oriented primary care: origin, evolution, application. *Social Science & Medicine* 1991 Jan 1;32(6):633-42.
9. Gofin J, Gofin R. Community-oriented primary care and primary health care. *American journal of public health*. 2005 May;95(5):757-.
10. Kark SL. *The Practice of Community Oriented Primary Health Care*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1981.
11. Suwendro NI, Hasanbasri M, Sanusi R. Pengetahuan tentang manajemen program pada mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2017;1(3).
12. Kiviniemi MT, Mackenzie SL. Framing Undergraduate Public Health Education as Liberal Education: Who Are We Training Our Students To Be and How Do We Do That?. *Frontiers in public health*. 2017 Feb 10;5:9.
13. Mawarni D, Ahmad RA, Hasanbasri M. What do MPH student theses tell us? Experience from Universitas Gadjah Mada. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2016;1(11).
14. Pettersen BJ, Hofoss D. Are public health physicians fading out of management? *European journal of public health*. 2007 Apr 4;17(6):642-5.

