

## PERCEPATAN PEMENUHAN TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS UNTUK DAYA UNGKIT PEMBANGUNAN KESEHATAN

Radinal Husein

Corresponding author: [radinalhusein@gmail.com](mailto:radinalhusein@gmail.com)

Perencana Ahli Muda, Sekretariat Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan, Indonesia

Genesis Naskah: 07-02-2024, Revised: 20-02-2024, Accepted: 26-02-2024, Available Online: 27-02-2024

### Abstrak

Keberadaan tenaga kesehatan, dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan per Februari 2024 diketahui bahwa masih terdapat 4.699 (46%) Puskesmas yang belum memiliki 9 (sembilan) jenis tenaga kesehatan sesuai standar. Rendahnya ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas, khususnya di wilayah timur, tentunya membutuhkan langkah-langkah percepatan dalam pemenuhan tenaga kesehatan di Puskesmas, yaitu dengan pemenuhan tenaga kesehatan melalui skema Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (P3K), redistribusi tenaga kesehatan, pengaturan Surat Izin Praktik (SIP), pemberian insentif tenaga kesehatan, pengembangan karir tenaga kesehatan, kolaborasi lintas program dan lintas sektor (Pemerintah Daerah, perguruan tinggi, Kementerian/Lembaga, dll), pemenuhan fasilitas kesehatan satu paket dengan pemenuhan tenaga kesehatan.

**Kata Kunci :** Tenaga kesehatan, Puskesmas, pemerataan, percepatan

### *ACCELERATING THE FULFILLMENT OF HEALTH WORKFORCE AT PRIMARY HEALTH CARE TO LEVERAGE HEALTH DEVELOPMENT*

#### **Abstract**

*The existence of health workforce, in the Health Human Resources Information System as of February 2024, it is known that there are still 4,699 (46%) Primary Health Care that do not have 9 (nine) types of health workforce according to standards. The low availability of health workforce in health centers, especially in the eastern region, of course requires accelerated steps in fulfilling health workforce in health centers, namely by fulfilling health workforce in health centers through government employee with agreements, redistribution of health workforce, arranging practice permits, providing incentives for health workforce, career development of health workforce, cross-program and cross-sector collaboration (local government, universities, Ministries/Institutions, etc.), Fulfillment of Health facilities in one package with the fulfillment of health workforce.*

**Keywords:** Health workforce, Primary Health Care, equality, acceleration, affirmation

### **Pendahuluan**

Masalah gizi di Kota Kupang maupun juga pada umumnya masih mengalami kekurangan gizi maupun kondisi gizi lebih. Data stunting di Indonesia terdapat 37% anak - anak dan di Propinsi Nusa Tenggara Timur terdapat 319.00 anak mengalami stunting (Kemenkes 2013 cit (Paun et al., 2021), tahun 2018 terjadi penurunan stunting sebesar 30,8%. Angka

stunting tahun 2019 turun 27,7% dan tahun 2021 turun menjadi 24,4 jika dibandingkan dengan tahun 2022 menurun secara nasional menjadi 21,6% (Kemenkes, 2022).

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 18 Tahun 2020, merupakan dokumen perencanaan pembangunan nasional untuk periode 5 (lima)

tahun terhitung sejak tahun 2020 s.d. tahun 2024 sebagai penjabaran dari visi, misi, dan program Presiden. Berdasarkan pasal 4 dalam Perpres RPJMN 2020-2024 dijelaskan bahwa diperlukan adanya pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan RPJMN dimana evaluasi tersebut dilaksanakan pada paruh waktu dan tahun terakhir pelaksanaan RPJMN.

Tahun 2024 merupakan pelaksanaan tahun terakhir pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Dalam RPJMN 2020-2024 terdapat 17 sasaran pokok bidang Kesehatan, salah satunya yaitu persentase Puskesmas dengan jenis tenaga kesehatan sesuai standar dimana target dan capaiannya ialah sebagai berikut:

**Tabel 1. Target dan Capaian Indikator Ditjen Tenaga Kesehatan Dalam Sasaran Pokok RPJMN Bidang Kesehatan 2020-2024**

Indikator	Baseline	Target dan Capaian									
		Target 2020	Capaian 2020	Target 2021	Capaian 2021	Target 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	
Persentase Puskesmas dengan jenis <u>Nakes</u> sesuai standar	23	35	39,60	47	48,17	59	56,07	71	56,22	83%	

Berdasarkan capaian tahun 2023 maka indikator persentase Puskesmas dengan jenis tenaga kesehatan sesuai standar, termasuk dalam indikator yang belum tercapai. Belum tercapainya target indikator tersebut, memerlukan adanya percepatan dalam pencapaian target pembangunan kesehatan nasional.

Terkait dengan keberadaan dan disparitas Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, Sistem Informasi SDM Kesehatan per 18 Februari 2024

melaporkan bahwa masih terdapat 4.699 (46%) Puskesmas yang belum memiliki 9 (sembilan) jenis tenaga kesehatan sesuai standar. Adapun Provinsi DKI Jakarta dengan persentase sebesar 100% menjadi satu-satunya daerah yang memiliki Puskesmas dengan kelengkapan 9 (sembilan) jenis tenaga kesehatan, sedangkan 8 (delapan) provinsi yang memiliki kelengkapan jenis tenaga kesehatan terendah semuanya diisi oleh provinsi wilayah timur, yaitu Nusa Tenggara Timur (29,43%), Papua (22,5%), Maluku (19,75%), Papua Barat (19,23%), Papua Barat Daya (12,87%), Papua Tengah (10,53%), Papua Selatan (5,95%), dan Papua Pegunungan (3,25%).

Rendahnya ketersediaan tenaga Kesehatan di Puskesmas, khususnya di wilayah timur, tentunya membutuhkan langkah-langkah percepatan. Tulisan ini bertujuan untuk menemukan akar permasalahan tidak terpenuhinya ketenagaan di Puskesmas sesuai standar, serta menyusun rekomendasi kebijakan untuk percepatan pemenuhan tenaga kesehatan di Puskesmas.

### Metode Pelaksanaan

Metode yang digunakan adalah pendekatan deskriptif. Data ketersediaan Puskesmas dan jumlah tenaga kesehatan diambil dari aplikasi Sistem Informasi SDM Kesehatan (SI SDM) Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan, serta data sekunder berdasarkan dokumen laporan kinerja Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan dan data pendukung lainnya dari berbagai sumber. Analisis data secara kuantitatif untuk melihat gambaran secara

deskriptif ketersediaan Puskesmas dan tenaga kesehatan.

### **Hasil dan Pembahasan**

Berdasarkan gambaran situasi dan kondisi masalah kesehatan yang telah diuraikan di atas, masalah krusial yang dihadapi dalam pemenuhan SDM Kesehatan adalah jumlah dan sebaran tenaga kesehatan. Oleh karena itu, pemenuhan SDM Kesehatan dalam pembangunan kesehatan pada umumnya dan Program Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan pada tahun mendatang menjadi tantangan tersendiri dalam mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan.

Salah satu unsur yang berperan dalam percepatan pembangunan kesehatan dan masuk pada sasaran pokok pembangunan kesehatan pada RPJMN 2020-2024 adalah terpenuhinya tenaga kesehatan yang bertugas di sarana pelayanan kesehatan di masyarakat. Menurut pendataan Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan, jumlah 9 (Sembilan) jenis tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas dan tersebar di 10.216 unit Puskesmas ialah sebanyak 508.512 orang. Ini berarti, rata-rata terdapat sebanyak 49 orang tenaga kesehatan yang bekerja di tiap Puskesmas. Namun, faktanya tidak demikian, karena persebaran tenaga Kesehatan tersebut nyatanya tidak merata.

Berbagai upaya tentunya telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk mengurangi kesenjangan yang terjadi serta memenuhi akses dan mutu pelayanan kesehatan terutama untuk Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) mulai dari perencanaan hingga penempatan tenaga kesehatan.

Perencanaan merupakan proses pemikiran dan penentuan secara matang dalam hal yang dikerjakan dimasa akan datang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditentukan. Perencanaan dapat dideskripsikan sebagai pekerjaan yang meliputi menjelaskan tujuan, memprakirakan, syarat kinerja, rencana penyelesaian, menetapkan kebijakan (Simbolon, 2004). Perencanaan tenaga kesehatan dijelaskan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah upaya penetapan jenis jumlah, kualifikasi dan distribusi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan dimaksudkan untuk memperoleh jenis dan jumlah tenaga yang tepat dalam keterampilan, pengalaman, dan kompetensi yang dibutuhkan tugasnya dan dapat menyelesaikan beban tugasnya secara tepat.

Masalah perencanaan belum menjadi kunci utama dari inisiatif reformasi sektor kesehatan. Penyesuaian struktural dan pengaturan keuangan (BPJS), telah menjadi fokus reformasi sektor kesehatan termasuk desentralisasi. Sehingga terkesan kebijakan sektor kesehatan mengabaikan pentingnya tenaga kerja untuk pencapaian tujuan perubahan di sektor Kesehatan.

Perencanaan yang baik mempunyai beberapa hal yang perlu diperhatikan, seperti Informasi dan data tentang situasi awal saat ini, berorientasi masa depan, dilaksanakan terus menerus dan berkesinambungan, mampu menyelesaikan masalah, mempunyai tujuan dan bersifat mampu kelola. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 ganti dengan Permenkes

No 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi Kabupaten/Kota menyebutkan bahwa perencanaan SDM Kesehatan merupakan penetapan langkah-langkah sebagai jawaban atas 6 buah pertanyaan, yaitu tindakan apa yang harus dikerjakan, apakah sebabnya tindakan itu dikerjakan, dimanakah tindakan itu akan dilakukan, bilamana tindakan itu dikerjakan, siapa yang akan mengerjakan tindakan itu dan bagaimana pelaksanaannya.

Agar suatu wilayah memiliki perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang tepat sesuai dengan situasi dan kondisi wilayahnya maka diperlukan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan dengan pendekatan dari bawah (bottom up) yang dimulai dari perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan institusi fasilitas pelayanan kesehatan, perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan tingkat Kabupaten/Kota sehingga diperoleh perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan tingkat Provinsi.

Adanya Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, dimana kesehatan merupakan urusan wajib yang kewenangannya sudah diserahkan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota termasuk bagi daerah otonomi baru. Desentralisasi memberikan ruang bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat termasuk perencanaan tenaga kesehatan untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Kabupaten/Kota.

Guna mendukung perhitungan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan tersebut, maka perlu dilakukan tahap pengumpulan data dan informasi, karena fragmentasi informasi Sumber Daya Manusia (SDM) adalah masalah yang sering di temui di negara-negara berkembang.

Dengan adanya perencanaan tenaga kesehatan yang komprehensif, diharapkan dapat menilai kecukupan tenaga kesehatan meski hal tersebut bukanlah suatu hal yang mudah. Perbedaan daerah desa dan kota dari segi sosiologis, geografis, kependudukan, sarana dan prasarana memberikan kesulitan untuk membuat suatu standar berapa kebutuhan akan tenaga kesehatan pada puskesmas dan rumah sakit (Geswar, 2014). Menurut studi yang dilakukan oleh Barber S.L, Gertler P.J dan Harimurti P menunjukkan bahwa kualitas layanan kesehatan bergantung pada ketersediaan, jenis, dan jumlah tenaga kesehatan, yang pada gilirannya dipengaruhi oleh kebijakan publik tentang pendistribusian tenaga kesehatan (Barber et al, 2007).

Kebijakan redistribusi tenaga kesehatan dari wilayah yang berlebih ke wilayah yang kekurangan tenaga kesehatan jenis tertentu merupakan upaya yang tidak mudah namun mendesak. Hal ini sangat diperlukan mengingat kekosongan tenaga kesehatan dapat menjadi permasalahan ganda di fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Turniani dkk (2011), disimpulkan bahwa ketimpangan distribusi tenaga kesehatan sesungguhnya disebabkan oleh aspek kebijakan

daerah dan minat tenaga kesehatan. Hal inilah yang harus menjadi perhatian khusus, terutama dalam penyusunan regulasi baru.

Proses meredistribusi dilakukan secara berjenjang sesuai wilayah administrasi, yaitu Kabupaten/Kota meredistribusi antar Puskesmas di wilayahnya atau dalam lingkup Provinsi (meredistribusi tenaga kesehatan antar kabupaten/kota). Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Bersama (PMB) antara Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri dan Menteri Aparatur Negara Nomor 61 Tahun 2014; Nomor 68 Tahun 2014 dan Nomor 08/SKB/Menpan-RB/10/2014 tentang Perencanaan dan Pemerataan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Daerah bahwa redistribusi tenaga kesehatan di Puskesmas adalah kewenangan dari Bupati/ Walikota yang sifatnya adalah sebuah keharusan apabila terjadi ketimpangan tenaga kesehatan di Puskesmas.

### **Pilihan Kebijakan**

Percepatan pemerataan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai perencanaan tenaga Kesehatan melalui kerjasama lintas sektoral antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia, Kementerian PAN dan RB, Pemerintah Daerah, serta Perguruan Tinggi. Adapun dengan memperhatikan berbagai aspek agar upaya yang dilakukan dapat secara komprehensif mendorong pencapaian tujuan yang dikehendaki, maka pilihan kebijakan yang dibahas terdiri dari memenuhi tenaga Kesehatan di Puskesmas dengan skema Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK), kebijakan

redistribusi tenaga kesehatan dari wilayah yang berlebih ke wilayah yang kekurangan tenaga kesehatan jenis tertentu, pengaturan surat izin praktik, penetapan indeks insentif tenaga kesehatan, pengembangan karir tenaga kesehatan, kolaborasi lintas program dan lintas sektor, dan pemenuhan fasilitas Kesehatan satu paket dengan pemenuhan tenaga Kesehatan, dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Pemenuhan tenaga Kesehatan di Puskesmas dengan skema PPPK

Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) dapat digunakan sebagai bentuk pemenuhan tenaga untuk jabatan fungsional khususnya di bidang Kesehatan pada Puskesmas dengan memanfaatkan Dana Alokasi Umum sebagai sumber dana penggajian formasi PPPK.

2. Redistribusi/Pemindahtugasan

Redistribusi adalah upaya pemindahtugasan bagi tenaga kesehatan berdasarkan pemetaan ketersediaan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang berlebih ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kurang. Pemindahtugasan dapat terjadi antar fasyankes dalam Kabupaten/Kota, antar Kabupaten/Kota, hingga antar Provinsi, termasuk pada daerah tertinggal, kawasan perbatasan, kepulauan dan daerah bermasalah kesehatan. Prosedur pemindahtugasan dilakukan berdasarkan ketentuan yang berlaku, dengan memperhatikan ketersediaan sarana, prasarana, serta jenis tenaga kesehatan. Pemindahtugasan tenaga kesehatan dilaksanakan melalui kerja sama lintas sektoral antara Kementerian

Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Gubernur, Bupati/Walikota, dan Organisasi Profesi (OP).

Di dalam upaya redistribusi tenaga kesehatan, Pemerintah Daerah dapat menetapkan penugasan khusus tenaga kesehatan dalam kurun waktu tertentu dengan mempertimbangkan jenis, jumlah dan kualifikasi yang berbasis tim dan individual. Adapun penugasan khusus tenaga kesehatan ini bertujuan untuk pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan pada puskesmas dengan kriteria perkotaan, pedesaan, terpencil, sangat terpencil dan daerah bermasalah kesehatan, serta Rumah Sakit Umum.

### 3. Pengaturan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter dan Tenaga Kesehatan Lainnya

Pengelolaan Surat Izin Praktik (SIP) oleh organisasi profesi dan daerah sangat mempengaruhi jumlah tenaga kesehatan karena perkembangannya yang bersifat dinamis. SIP sendiri tidak hanya dibutuhkan oleh tenaga dokter, tetapi juga tenaga lain, seperti bidan, perawat, terapis, dsb. Akan tetapi, dalam naskah ini, SIP yang dimaksud ialah SIP yang digunakan oleh dokter, dokter spesialis, maupun dokter gigi. Hal ini terkait dengan adanya Undang- Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang mengatur tentang maksimum tempat praktik dokter hingga 3 tempat. Izin praktik ini masih belum diatur lebih lanjut. Padahal, jika satu dokter memiliki beberapa (lebih dari satu) tempat praktik, maka hal ini juga akan mempengaruhi jumlah dan persebaran

fasyankes. Maka dari itu, untuk mempercepat proses pemerataan tenaga kesehatan, tidak hanya perlu mengatur penyebaran nakesnya, tetapi juga pengaturan SIP, agar dapat memperluas jangkauan fasyankes sesuai kebutuhan perlu dilakukan. Mengingat kepemilikan SIP dan Surat Tanda Registrasi (STR) mencapai 98%. Hal ini menunjukkan bahwa dokter sangat memperhatikan SIP untuk melakukan pelayanan kesehatannya.

### 4. Penetapan Indeks Insentif Tenaga Kesehatan yang Bervariasi Berdasarkan Zonasi

Menurut World Health Organization (WHO), insentif dapat didefinisikan sebagai semua bentuk imbalan dan hukuman (punishments) yang diterima oleh para pemberi layanan (providers) sebagai konsekuensi dari organisasi tempat mereka bekerja, institusi yang mereka operasionalkan dan intervensi-intervensi yang mereka lakukan.

Menurut Keputusan Menkes Republik Indonesia Nomor 132/Menkes/Per/ IV/2006, insentif adalah pemberian imbalan di luar gaji baik yang bersifat material maupun non material pada tenaga kesehatan sebagai kompensasi atas kesediannya ditempatkan pada suatu daerah, atau kesediannya melakukan pekerjaan tertentu, atau penghargaan atas pencapaian prestasi kerja dalam jangka waktu tertentu.

Pada hasil penelitian risnaskes 2017, insentif material dikategorikan lagi menjadi insentif finansial dan non finansial. Insentif finansial berupa uang dapat mempengaruhi kinerja pegawai. Terdapat pula hasil yang

menunjukkan bahwa masih terdapat pegawai dengan penghasilan yang lebih rendah dari upah minimum Kabupaten/Kota.

Kajian literatur menunjukkan bahwa perilaku para dokter dipengaruhi oleh insentif-insentif lain seperti struktur gaji dalam organisasi, ketersediaan obat, prosedur pengobatan dan pengawasan teman sejawat (peer review), serta insentif dari industri farmasi. Dokter juga lebih tertarik dengan jumlah gaji yang pasti. Hasil kajian terhadap dokter yang mendapat gaji tetap ditemukan bahwa dokter yang mendapat gaji tetap cenderung melakukan lebih sedikit kunjungan rumah (home visits) dan melakukan aktivitas hanya selama jam kerja di tempat kerja, serta lebih banyak merujuk pasien dibandingkan dengan dokter yang langsung menerima bayaran (fee-for-service physicians) sehingga kegiatannya lebih sedikit.

Sementara itu dari hasil kajian Chaix-Couturier et al antara lain ditemukan bahwa perubahan perilaku para dokter terhadap insentif keuangan lebih disebabkan oleh pertimbangan faktor-faktor ekonomi daripada faktor motivasi profesional, sehingga transparansi dalam penetapan insentif penting untuk mempertahankan kepercayaan antara dokter dan institusi yang membayarnya.

Dalam perencanaannya, perlu ditetapkan paket insentif. Paket insentif mencakup sarana dan tujuan pemberian paket insentif, lama masa tugas yang menerima paket insentif, cara pemberian insentif, hal-hal yang membatalkan insentif, dan perlunya dukungan

legalitas seperti peraturan daerah dan peraturan instansi.

#### 5. Pengembangan Karir Tenaga Kesehatan

Amanat perundang-undangan Indonesia merupakan latar belakang utama bagi pentingnya perumusan regulasi mengenai pengembangan karir tenaga kesehatan, terutama tenaga kesehatan yang berstatus non Aparatur Sipil Negara (ASN). Hal ini karena, jumlah tenaga kesehatan non Aparatur Sipil Negara (ASN) lebih besar jumlahnya dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN). Oleh karenanya, pengembangan karir tenaga kesehatan, khususnya yang berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN) perlu untuk segera diatur. Hal ini merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan minat tenaga kesehatan bahkan untuk mengabdikan diri di Daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) guna mendukung percepatan pemerataan tenaga kesehatan di setiap Kabupaten/Kota.

#### 6. Aktivasi Peran Kolaboratif Stakeholder Lintas Sektor

Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, pemerintah Kabupaten/ Kota berwenang untuk menetapkan kebijakan terkait tenaga kesehatan yang selaras dengan kebijakan pembangunan nasional; melaksanakan kebijakan; merencanakan kebutuhan tenaga kesehatan; melakukan pengadaan tenaga kesehatan; melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan; membina,

mengawasi, dan meningkatkan mutu tenaga kesehatan melalui pembinaan dan pengawasan pelaksanaan praktek tenaga kesehatan; serta melaksanakan kerjasama dalam negeri di bidang tenaga kesehatan. Selain itu, pemerintah juga wajib memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, baik dalam aspek jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan.

Berbagai regulasi, pembagian urusan kewenangan, peningkatan peran pemerintah daerah, dan dukungan kelembagaan lainnya sangat diperlukan dalam upaya pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di setiap fasilitas pelayanan kesehatan. Upaya melibatkan seluruh stakeholder sesuai dengan kapasitas yang dimiliki masing-masing sudah semestinya dilakukan mulai dari proses perencanaan sampai dengan evaluasi program, khususnya yang berkaitan dengan percepatan pemerataan tenaga kesehatan di Kabupaten/Kota. Oleh karena itu, pemenuhan terhadap aspek aktivasi peran kolaboratif stakeholder ini tentunya akan memberikan dampak yang sangat signifikan.

#### 7. Pemenuhan Fasilitas Kesehatan

Pemenuhan fasilitas kesehatan dianggap perlu untuk menjadi strategi percepatan pemerataan tenaga kesehatan di Kabupaten/Kota dengan dasar bahwa selain faktor tenaga kesehatan, faktor suplai lainnya, yaitu ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, anggaran kesehatan, dan kondisi geografis yang sangat bervariasi, menimbulkan

potensi melebarnya ketidakadilan pemanfaatan kesehatan pada masyarakat di beberapa wilayah di Indonesia.

Berdasarkan riset yang telah dilakukan oleh Misniarti, dkk (2017), telah dibuktikan bahwa ketersediaan faktor suplai, yakni Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL), Tempat Tidur (TT), anggaran kesehatan dan kondisi geografis dalam mendukung cakupan semesta kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang kini sangat relevan dengan capaian Universal Health Coverage (UHC) Index of Services secara umum jumlahnya masih belum mencukupi serta distribusinya belum merata di setiap wilayah Kabupaten/Kota.

#### **Kesimpulan dan Saran**

Pemenuhan tenaga kesehatan tidak semata diatasi dengan penugasan khusus yang sifatnya sementara. Pemenuhan tenaga kesehatan juga dapat dipenuhi melalui mekanisme lain, seperti: rekrutmen tenaga kesehatan ASN, melakukan redistribusi lokal oleh Pemerintah Daerah, pengangkatan tenaga tidak tetap, misalnya tenaga BLU atau kontrak kerja, serta penyediaan tenaga kesehatan melalui mekanisme seleksi Calon Aparatur Sipil Negara (CASN).

Pemenuhan tenaga Kesehatan juga bisa dilakukan dengan meningkatkan retensi tenaga kesehatan melalui upaya peningkatan kesejahteraan tenaga kesehatan dengan memberikan fasilitasi peningkatan karir, pendapatan finansial yang menarik, pembinaan



kompetensi, perlindungan hukum dan perlindungan sosial ketenagakerjaan. Retensi tenaga Kesehatan yang baik sangat penting dalam mendukung pemberian layanan Kesehatan yang akan memperbaiki outcome Kesehatan.

Berdasarkan permasalahan dan analisa di atas rekomendasi kebijakan yang dapat dilaksanakan untuk mempercepat pelaksanaan transformasi SDM Kesehatan untuk mempercepat pencapaian target pembangunan kesehatan adalah:

1. Memenuhi Tenaga Kesehatan di Puskesmas dengan skema P3K
2. Kebijakan redistribusi tenaga kesehatan dari wilayah yang berlebih ke wilayah yang kekurangan tenaga kesehatan jenis tertentu
3. Pengaturan Surat Izin Praktik, agar dapat memperluas jangkauan fasyankes sesuai kebutuhan
4. Penetapan Indeks Insentif Tenaga Kesehatan yang Bervariasi Berdasarkan Zonasi
5. Pengembangan karir tenaga kesehatan yang diintegrasikan dengan tujuan untuk mendukung upaya percepatan pemerataan tenaga kesehatan di Kabupaten/Kota
6. Kolaborasi lintas program dan lintas sektor (pemerintah daerah, perguruan tinggi, Kementerian/Lembaga, dll)
7. Pemenuhan fasilitas Kesehatan satu paket dengan pemenuhan tenaga kesehatan

#### Daftar Pustaka

Badan PPSDM Kesehatan Republik Indonesia, *Pengembangan Karier Tenaga Kesehatan Non ASN*, Jakarta, 2020.

Barber SL, Gertler PJ, Harimurti P. The contribution of human resources for health to the quality of care in Indonesia. *Health Aff (Millwood)*. 2007 May-Jun;26(3):w367-79. Epub 2007 Mar 27.

Geswar RK. Kesiapan stakeholder dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Gowa, 2014. <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/9548>

Kemendes Republik Indonesia, *Data online Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SI SDM) tahun 2024*, Jakarta: Sekretariat Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2024.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, 2019.

McQuide PA, Kolehmainen-Aitken RL, Forster N. Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy. *Hum Resour Health*. 2013 Dec;10(11):64.

Misnaniarti, dkk. Ketersediaan Fasilitas dan Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Semesta Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*. Vol. 1, No. 1. 2017.

Republik Indonesia, Peraturan Bersama Menteri Nomor 61, Nomor 68, Nomor 08/SKB/MENPAN-RB/10/2014 tentang Perencanaan dan Pemerataan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah Daerah, Jakarta, 2014.

Republik Indonesia, *Undang- Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran*, Jakarta, 2004.

Republik Indonesia, *Undang- Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah*, Jakarta, 2014.

Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Perencanaan SDM Kesehatan*, Jakarta, 2015.

Republik Indonesia, *Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024*, Jakarta, 2020.

Simbolon, M.M, *Dasar-dasar administrasi dan manajemen*, Jakarta: Ghalia Indonesia, 2014.

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