

Percepatan Pemenuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Untuk Mengoptimalkan Layanan Kesehatan Bagi Masyarakat

Radinal Husein

Sekretariat Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan, Kemenkes

Alamat: Jl. Hang Jebat III Blok F3 Kebayoran Baru Jakarta Selatan

Korespondensi penulis: huseinradinal34@gmail.com*

Abstract. *This policy paper examines the problem of still not optimal efforts to fulfill staff at Primary Health Care, which is indicated by the large number of staff vacancies at Primary Health Care, starting from the planning stage to staff placement. Based on the problems above, policy recommendations that can be implemented to accelerate the fulfillment of medical personnel and health workers in Primary Health Care, namely formulating new regulations that regulate the restructuring of the management of medical personnel and health workers as well as regulations that give authority to the Central Government (Menkes) to issue Practice Permits (SIP) so that it can expand the reach of health facilities according to needs. The research method used is a descriptive approach from data on the availability of Primary Health Care and the number of health workers from the Ministry of Health, as well as secondary data based on performance report documents and literature studies of other documents from various sources. Accelerating equal distribution of health workers is carried out through cross-sectoral collaboration. Meanwhile, by paying attention to various aspects so that the efforts made can comprehensively encourage the achievement of the desired goals, possible policy options consist of filling health workers in Primary Health Care with the Government Employee with Work Agreement (PPPK) scheme, a policy of redistributing health workers from excess areas to areas that lack certain types of health workers, arranging practice permits, determining incentive indices for health workers, career development for health workers, cross-program and cross-sector collaboration, and fulfilling health facilities in one package with fulfilling health workers. The Ministry of Health and cross-sectoral support in accelerating the fulfillment of medical personnel and health workers in Primary Health Care to formulate new regulations governing the restructuring of the management of medical personnel and health workers as well as regulations that give authority to the Central Government (Menkes) to issue SIPs so that they can expand the reach of health facilities according to needs.*

Keywords: *fulfillment; health workers; policy; primary health care*

Abstrak. *Policy paper ini mengkaji permasalahan masih belum optimalnya upaya pemenuhan tenaga di Puskesmas yang ditandai masih banyaknya terjadi kekosongan tenaga di Puskesmas, mulai dari tahapan perencanaan hingga penempatan tenaga. Berdasarkan permasalahan di atas, rekomendasi kebijakan yang dapat dilaksanakan untuk mempercepat pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas, yaitu merumuskan regulasi baru yang mengatur restrukturisasi pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan serta regulasi yang memberikan kewenangan kepada Pemerintah Pusat (Menkes) untuk menerbitkan Surat Izin Praktik (SIP) sehingga dapat memperluas jangkauan fasyankes sesuai kebutuhannya. Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan deskriptif dari data Kementerian Kesehatan berupa ketersediaan Puskesmas, tenaga medis, dan tenaga kesehatan, serta data sekunder berdasarkan dokumen laporan kinerja dan studi literatur dokumen lainnya dari berbagai sumber. Percepatan pemerataan tenaga kesehatan dilaksanakan melalui kerjasama lintas sektoral. Adapun dengan memperhatikan berbagai aspek agar upaya yang dilakukan dapat secara komprehensif mendorong pencapaian tujuan yang dikehendaki, maka pilihan kebijakan yang memungkinkan terdiri dari memenuhi tenaga kesehatan di Puskesmas dengan skema Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK), kebijakan redistribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan dari wilayah yang berlebih ke wilayah yang kekurangan tenaga jenis tertentu, pengaturan surat izin praktik, penetapan indeks insentif tenaga medis dan tenaga kesehatan, pengembangan karir tenaga medis dan tenaga kesehatan, kolaborasi lintas program di lingkungan Kementerian Kesehatan dan lintas sektor antar Kementerian/Lembaga, dan pemenuhan fasilitas Kesehatan satu paket dengan pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan. Kementerian Kesehatan serta dukungan lintas sektoral dalam mempercepat pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas agar merumuskan regulasi baru yang mengatur restrukturisasi pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan serta regulasi yang memberikan kewenangan kepada Pemerintah Pusat (Menkes) untuk menerbitkan SIP sehingga dapat memperluas jangkauan fasyankes sesuai kebutuhan.*

Kata kunci: *kebijakan, pemenuhan, puskesmas, tenaga*

LATAR BELAKANG

Fenomena yang melatarbelakangi policy paper ini ialah masih adanya kekosongan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas sehingga tidak optimalnya layanan kesehatan bagi masyarakat. Berdasarkan data pada Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SI SDMK) Kemenkes per 7 Februari 2024, diketahui bahwa masih ada 8.648 kekosongan jenis tenaga di Puskesmas, dengan rincian 428 Puskesmas kekosongan jenis tenaga dokter, 2.995 Puskesmas kekosongan jenis tenaga dokter gigi, 5 Puskesmas kekosongan jenis tenaga perawat, 47 Puskesmas kekosongan jenis tenaga bidan, 797 Puskesmas kekosongan jenis tenaga promosi Kesehatan, 1.493 Puskesmas kekosongan jenis tenaga sanitasi lingkungan, 959 Puskesmas kekosongan jenis tenaga gizi, 681 Puskesmas kekosongan jenis tenaga farmasi, 1.243 Puskesmas kekosongan jenis tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik. Adapun faktor yang menjadi determinan utama dari permasalahan ini ialah maldistribusi dan juga retensi tenaga kesehatan.

Terdapat kebijakan dan fenomena yang memengaruhi pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Indonesia. Pemerintah pusat memiliki keterbatasan kewenangan melakukan redistribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah daerah. Pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan oleh pemerintah pusat bersifat temporer. Formasi Aparatur Sipil Negara (ASN), baik Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) maupun Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) sangat terbatas. Pemenuhan kebutuhan melalui redistribusi belum dilaksanakan oleh pemerintah daerah. Sebagian besar daerah mengharapkan pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan oleh pemerintah pusat melalui Nusantara Sehat, penugasan khusus residen, Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS), dan intership.

Cara pemerintah mengatasi maldistribusi adalah dengan diterbitkannya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara, Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan, Peraturan Bersama Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia, dan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia 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, program Nusantara Sehat, PGDS, Internship, Tugas Belajar, Afirmasi Pendidikan.

Namun, tetap saja masih ada 4.892 (47,9%) Puskesmas yang belum lengkap memiliki 9 (sembilan) jenis tenaga kesehatan sesuai standar, yang terlihat pada capaian indikator

persentase Puskesmas dengan jenis tenaga kesehatan sesuai standar sebagai salah satu sasaran pokok bidang Kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 dimana terjadi stagnansi capaian dari tahun 2022 ke tahun 2023, yaitu tetap di angka 56%.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Pasal 13 menyatakan bahwa “Pemerintah dan pemerintah daerah wajib memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan baik dalam jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata.” Pemerintah pusat dan daerah seyogyanya bersinergi mulai dari proses perencanaan kebutuhan, pengadaan, pemenuhan, hingga pembinaan dan pengawasan tenaga medis dan tenaga kesehatan. Sinergi yang komprehensif antara pemerintah pusat dan daerah mulai dari hulu hingga hilir akan mampu mengatasi masalah maldistribusi.

Untuk menjamin terlaksananya pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas dibutuhkan regulasi yang efektif mendorong kontribusi seluruh stakeholders. Regulasi tersebut mengatur upaya pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas dan pembagian peran seluruh stakeholders sesuai dengan tupoksinya masing-masing dan bermuara pada satu tujuan yaitu terpenuhinya kekosongan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas dalam waktu yang secepatnya. Oleh karena itu, kebijakan tentang pemenuhan di Puskesmas menjadi kebutuhan yang mendesak.

KAJIAN TEORITIS

Berdasarkan gambaran situasi dan kondisi masalah kesehatan yang telah diuraikan di atas, masalah krusial yang dihadapi dalam pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas adalah jumlah dan sebaran tenaga. Oleh karena itu, pemenuhan tenaga medis dan tenaga 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 medis dan tenaga kesehatan yang bertugas di sarana pelayanan kesehatan di masyarakat. Menurut pendataan Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan, jumlah 9 (Sembilan) jenis tenaga 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 medis dan 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.

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

Kebijakan sektor kesehatan terkesan mengabaikan pentingnya tenaga kerja untuk pencapaian tujuan. Hal ini karena masalah perencanaan belum menjadi kunci utama dari inisiatif reformasi sektor kesehatan. Dimana penyesuaian struktural dan pengaturan keuangan (BPJS) yang menjadi fokus reformasi sektor kesehatan termasuk desentralisasi. (Wang dkk, 2002).

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 berupa jawaban dari beberapa 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. Selain itu, perencanaan yang baik harus memperhatikan 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.

Suatu wilayah yang memiliki perencanaan kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang tepat sesuai dengan situasi dan kondisi wilayahnya, memerlukan perencanaan kebutuhan tenaga dengan pendekatan dari bawah (bottom up), yaitu dari tingkat institusi fasilitas pelayanan kesehatan, tingkat Kabupaten/Kota, hingga tingkat Provinsi.

Desentralisasi memberikan ruang bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat dalam perencanaan tenaga

kesehatan untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Kabupaten/Kota sebagaimana diatur dalam 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.

Masalah fragmentasi informasi Sumber Daya Manusia (SDM) adalah permasalahan yang sering di temui di negara-negara berkembang, karena untuk mendukung perhitungan perencanaan kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan tersebut, perlu dilakukan tahap pengumpulan data dan informasi (McQuide, Kolehmainen-Aitken, & Forster, 2013).

Perbedaan daerah desa dan kota dari segi sosiologis, geografis, kependudukan, sarana dan prasarana memberikan kesulitan untuk membuat suatu standar berapa kebutuhan akan tenaga medis dan tenaga kesehatan pada puskesmas dan rumah sakit (Geswar & Nurhayati, 2014). Selain itu, 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 medis dan tenaga kesehatan, yang pada gilirannya dipengaruhi oleh kebijakan publik tentang pendistribusian tenaga kesehatan (Barber dkk, 2007). Oleh karena itu dibutuhkan perencanaan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang komprehensif, yang dapat menilai kecukupan tenaga medis dan tenaga kesehatan meski hal tersebut bukanlah suatu hal yang mudah.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Turniani & Budijanto (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. Salah satu regulasi baru yang dapat menjadi alternatif ialah kebijakan redistribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan dari wilayah yang berlebih ke wilayah yang kekurangan tenaga jenis tertentu, meski hal tersebut merupakan upaya yang tidak mudah namun mendesak. Mengingat, kekosongan tenaga medis dan tenaga kesehatan dapat menjadi permasalahan ganda di fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagaimana penelitian oleh Hikmah, Rahman, Puspitasari dan Hikmah (2020) diketahui bahwa rendahnya jumlah tenaga kesehatan bahkan kekosongan tenaga khususnya dokter dan bidan membuktikan bahwa pelayanan kesehatan primer yang berorientasi pada promotif dan preventif di daerah dengan status ekonomi rendah terabaikan.

Upaya redistribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan sudah diupayakan Pemerintah dengan menerbitkan 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. Sehingga, 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).

Pemenuhan kebutuhan melalui redistribusi belum dilaksanakan oleh pemerintah daerah. Sebagian besar daerah mengharapkan pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan oleh pemerintah pusat melalui Nusantara Sehat, penugasan khusus residen, Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS), dan intership. Hal inilah fenomena yang memengaruhi pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Indonesia. Dimana, Pemerintah pusat memiliki keterbatasan kewenangan melakukan redistribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah daerah. Pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan oleh pemerintah pusat bersifat temporer serta formasi sangat terbatas.

METODE PENELITIAN

Tulisan ini bertujuan untuk menemukenali akar permasalahan masih banyaknya kekosongan jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas, serta menyusun rekomendasi kebijakan untuk percepatan pemenuhan tenaga di Puskesmas.

Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan deskriptif. Data ketersediaan Puskesmas, jumlah tenaga medis, 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 studi literatur dokumen lainnya dari berbagai sumber. Analisis data secara kuantitatif untuk melihat gambaran secara deskriptif ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Percepatan pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas dilaksanakan sesuai perencanaan kebutuhan 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. Agar upaya yang dilakukan dapat secara komprehensif mendorong pencapaian tujuan yang dikehendaki

serta memperhatikan berbagai aspek maka pilihan kebijakan yang dibahas terdiri dari memenuhi tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas dengan skema Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK), kebijakan redistribusi tenaga dari wilayah yang berlebih ke wilayah yang kekurangan tenaga jenis tertentu, pengaturan Surat Izin Praktik (SIP), penetapan indeks insentif, pengembangan karir, kolaborasi lintas program di Kementerian Kesehatan dan lintas sektor antar Kementerian/Lembaga, dan pemenuhan fasilitas kesehatan satu paket dengan pemenuhan tenaga, dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Pemenuhan tenaga di Puskesmas dengan skema Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK)

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. Oleh karena itu, Kemenkes agar berkoordinasi dengan Kemenpan-RB untuk formasi P3K dan CPNS di Puskesmas agar memberikan prioritas untuk jenis tenaga yang memang masih kosong

2. Redistribusi/Pemindahtugasan

Redistribusi sebagai upaya pemindahtugasan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan mengacu pemetaan ketersediaan dari Fasyankes yang berlebih ke yang kurang. Dimana, pemindahtugasan dapat terjadi antar fasyankes dalam Kabupaten/Kota, antar Kabupaten/Kota, hingga antar Provinsi, khususnya pada daerah tertinggal, kawasan perbatasan, kepulauan dan daerah bermasalah kesehatan. Pemindahtugasan dilakukan berdasarkan ketentuan dan prosedur yang berlaku, dengan memperhatikan ketersediaan sarana, prasarana, serta jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan. Pemindahtugasan tenaga medis dan 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 medis dan 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. Oleh karena itu, Kemenkes agar berkoordinasi dengan Bappenas, Kemendagri, dan Kemenpan-RB untuk melakukan restrukturisasi pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memungkinkan dilakukan redistribusi tenaga dari wilayah yang berlebih ke wilayah yang kekurangan tenaga dengan jenis tertentu

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 medis dan tenaga kesehatan karena perkembangannya yang bersifat dinamis. SIP sendiri tidak hanya dibutuhkan oleh tenaga dokter, tetapi juga tenaga lain, seperti bidan, perawat, terapis, dsb. Khusus untuk tenaga dokter, dokter spesialis, maupun dokter gigi, 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 pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan, tidak hanya perlu mengatur penyebaran tenaganya, 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, dokter spesialis, maupun dokter gigi sangat memperhatikan SIP untuk melakukan pelayanan kesehatannya. Oleh karena itu, Kemenkes berkoordinasi dengan Kemendagri untuk pengaturan Surat Izin Praktik, agar dapat memperluas jangkauan fasyankes sesuai kebutuhan

4. Penetapan Indeks Insentif Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang Bervariasi Berdasarkan Zonasi

Insentif menurut World Health Organization (WHO), 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 (Adams & Hicks, 2000).

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 sebagaimana dijelaskan dalam Keputusan Menkes Republik Indonesia Nomor 132/Menkes/Per/ IV/2006,. Sedangkan, dalam penelitian Riset Tenaga Kesehatan 2017, insentif material dikategorikan lagi menjadi insentif finansial dan non finansial. Insentif finansial berupa uang dapat mempengaruhi kinerja pegawai.

Dalam sebuah kajian literatur (Adams & Hicks, 2000), 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. Selain itu, dokter juga lebih tertarik dengan jumlah gaji yang

pasti. Hasil kajian menunjukkan 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).

Pada kajian lain oleh Chaix-Couturier et al (Adams & Hicks, 2000) 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, lama masa tugas, cara pemberian insentif, hal-hal yang membatalkan insentif, dan perlunya dukungan legalitas seperti peraturan daerah dan peraturan instansi. Selain itu, perlu juga pembinaan terhadap tenaga medis dan tenaga kesehatan yang sudah diberikan penghargaan dan insentif, berupa pemberian sanksi yang tegas untuk yang tidak menjalankan tugas sesuai dengan ketentuan (Fauzi & Moriza, 2020).

Dalam hal pemberian insentif, Kemenkes agar berkoordinasi dengan Kemenkeu terkait penetapan indeks insentif tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bervariasi berdasarkan zonasi

5. Pengembangan Karir Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Amanat perundang-undangan Indonesia merupakan latar belakang utama bagi pentingnya perumusan regulasi mengenai pengembangan karir tenaga medis dan tenaga kesehatan, terutama mereka yang berstatus non Aparatur Sipil Negara (ASN). Hal ini karena, jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan non ASN lebih besar jumlahnya dibandingkan dengan yang berstatus sebagai ASN. Oleh karenanya, pengembangan karir tenaga medis dan tenaga kesehatan, khususnya yang berstatus sebagai ASN perlu untuk segera diatur. Hal ini merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan minat tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk mengabdikan, khususnya di Daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) guna mendukung percepatan pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di setiap Puskesmas seluruh Kabupaten/Kota. Oleh karena itu, Kemenkes pada Direktorat Pembinaan dan Pengawasan Tenaga Kesehatan, Ditjen Tenaga Kesehatan untuk melakukan pengembangan karir tenaga medis dan tenaga kesehatan yang diintegrasikan dengan tujuan untuk mendukung upaya percepatan pemenuhan tenaga di Puskesmas

6. Optimalisasi Peran Kolaboratif Stakeholder Lintas Sektor

Pemerintah wajib memenuhi kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan, baik dalam aspek jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan. Dalam melaksanakan tanggungjawabnya, pemerintah Kabupaten/Kota berwenang untuk menetapkan kebijakan terkait tenaga medis dan tenaga kesehatan yang selaras dengan kebijakan pembangunan nasional; melaksanakan kebijakan; merencanakan kebutuhan; melakukan pengadaan; melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan; membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu tenaga medis dan tenaga kesehatan melalui pembinaan dan pengawasan pelaksanaan praktek tenaga medis dan tenaga kesehatan; serta melaksanakan kerjasama dalam negeri di bidang ketenagaan.

Berbagai regulasi, pembagian urusan kewenangan, peningkatan peran pemerintah daerah, dan dukungan kelembagaan lainnya sangat diperlukan dalam upaya pemenuhan kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas. 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 pemenuhan tenaga. Oleh karena itu, pemenuhan terhadap aspek optimalisasi peran kolaboratif stakeholder dapat memberikan dampak yang sangat signifikan. Oleh karena itu, Kemenkes dibawah Ditjen Tenaga Kesehatan melakukan kolaborasi lintas program dan lintas sektor (pemerintah daerah, perguruan tinggi, Kementerian/Lembaga, dll) untuk menjamin sisi produksi tenaga medis dan tenaga kesehatan agar sesuai dengan kebutuhan

7. Ketersediaan Fasilitas Kesehatan

Pemenuhan fasilitas kesehatan dianggap perlu untuk menjadi strategi percepatan pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas, dimana faktor suplai lainnya, seperti 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. Sebagaimana penelitian oleh Sepriani (2021) pada Puskesmas Long Ampung, Kabupaten Malinau, dengan temuan kurangnya tenaga medis di Puskesmas seperti perawat dan dokter serta keterbatasan jumlah ruang serta ketersediaannya jumlah pasokan listrik yang terbatas, keterbatasan nya anggaran kesehatan sehingga berimplikasi pada rendahnya akses pelayanan serta belum maksimalnya program-program pelayanan kesehatan masyarakat.

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) 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 sebagaimana telah dibuktikan dalam riset yang telah dilakukan oleh Misnaniarti, dkk (2017). Oleh karena itu, Ditjen Tenaga Kesehatan, agar berkoordinasi dengan Ditjen Pelayanan Kesehatan untuk pemenuhan fasilitas kesehatan satu paket dengan pemenuhan tenaga kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pemenuhan tenaga kesehatan tidak semata diatasi dengan penugasan khusus yang sifatnya sementara. Pemenuhan tenaga Kesehatan juga bisa dilakukan dengan meningkatkan retensi tenaga kesehatan melalui upaya peningkatan kesejahteraan tenaga medis dan 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.

Pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan juga dapat dipenuhi melalui mekanisme lain, seperti: rekrutmen ASN, melakukan redistribusi lokal oleh Pemerintah Daerah, pengangkatan tenaga tidak tetap, misalnya tenaga BLU atau kontrak kerja, serta pengaturan SIP dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Berdasarkan permasalahan dan analisa di atas, rekomendasi dari pilihan kebijakan yang dapat dilaksanakan untuk mempercepat pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Puskesmas sehingga dapat mempercepat pencapaian target pembangunan kesehatan adalah:

1. Kementerian Kesehatan berkoordinasi dengan Kemendagri, dan Kemenpan-RB untuk merumuskan regulasi baru setingkat Peraturan Pemerintah atau Peraturan Presiden sebagai pengganti Peraturan Bersama Menteri, yang mengatur restrukturisasi pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan agar memungkinkan dilakukan redistribusi tenaga dari wilayah yang berlebih ke wilayah yang kekurangan tenaga dengan jenis tertentu
2. Ditjen Tenaga Kesehatan, Kemenkes berkoordinasi dengan Kemendagri untuk merumuskan regulasi berupa Peraturan Menteri Kesehatan yang memberikan kewenangan kepada Pemerintah Pusat (Menkes) untuk menerbitkan SIP dan memiliki kendali dalam bentuk penetapan kuota terkait penerbitan SIP oleh Pemerintah Daerah, sehingga dapat memperluas jangkauan fasyankes sesuai kebutuhan

DAFTAR REFERENSI

- Adams, O., & Hicks, V. (2000). *Pay and Non-Pay Incentives, Performance and Motivation*. Geneva: Global Health Workforce Strategy Group.
- Barber, S., Gertler, P., & Harimurti, P. (2007). The contribution of human resources to the quality of care in Indonesia. *Health Affairs (Millwood)*, 67-79.
- Fauzi, E., & Moriza, T. (2020). Implementasi Pengembangan Sumber Daya Manusia Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Umum Pidie Jaya Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Ceadum*, 2 - 31.
- Geswar, R. K., & Nurhayati, B. (2014). Kesiapan Stakeholder dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Kabupaten Gowa. *Jurnal universitas Hasanudin*.
- McQuide, P. A., Kolehmainen-Aitken, R.-L., & Forster, N. (2013). Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy. *Human Resources for Health*, 64.
- Misnaniarti, Hidayat, B., Nadjib Mardiaty, Thabrany, H., Junadi, P., Besral, et al. (2017). Ketersediaan Fasilitas dan Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Semesta Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*.
- Rahman, H., Puspitasari, A., & Hikmah, N. (2020). Analisis Persepsi Sembuh dari Perspektif Penderita Tuberkulosis dan Pengawas Minum Obat di Puskesmas Panambung Kota Makassar. *Window of Public Health Journal*, 1 - 7.
- Sepriani, D. P. (2021). Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pada Puskesmas Di Long Ampung Kecamatan Kayan Selatan Kabupaten Malinau. *eJournal Sosiatri-Sosiologi 2021*, 95-109.
- Simbolon, M. M. (2004). *Dasar-Dasar Administrasi dan Manajemen*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Turniani, L., & Budijanto, D. (2011). *Riset Indikator Keberhasilan Desentralisasi Bidang Kesehatan di Indonesia*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta: Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- Wang, Y., Collins, C., Tang, S., & Martineau, T. (2002). Health systems decentralization and human resources management in low and middle income countries. *Public Administration and Development*, 439-453.