**PROPOSAL KEGIATAN**

**PENYUSUNAN DOKUMEN PENDAYAGUNAAN SUMBER DAYA MANUSIA**

**KESEHATAN DALAM NEGERI**

1. **LATAR BELAKANG**

Distribusi tenaga kesehatan menjadi isu sistem kesehatan di berbagai negara di dunia. Maldistribusi tidak hanya terjadi di negara miskin dan berkembang, tetapi terjadi juga di negara maju.[Meliala A. Mengatasi, 2009]

Reformasi tatakelola tenaga kesehatan di Indonesia sangat penting dan sangat tepat waktu karena beberapa alasan. Pada bulan Juni 2007, dalam dengar pendapat Mahkamah Konstitusi, Ikatan Dokter Indonesia mengakui bahwa standar praktek profesi kedokteran belum ada. Membentuk dasar sistem kesehatan yang benar (tidak hanya masalah sumber daya manusia) sehingga sistem tersebut dapat berfungsi dengan lebih efektif merupakan prioritas utama dari program bantuan Australia, seperti yang ditetapkan pada Buku Putih 2006. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) menetapkan bahwa hak terhadap kesehatan merupakan perwujudan dari kesejahteraan umum yang tercantum dalam pembukaan UUD 1945.

Peningkatan hasil sektor kesehatan Indonesia memerlukan penyelesaian terhadap dua tantangan utama terkait personil: kualitas dan distribusi. Kualitas pelayanan yang diberikan oleh para profesional di bidang kesehatan sangat tergantung pada kualitas lembaga yang melatih dan memberikan sertifikasi kepada mereka. Persyaratan akrediatasi untuk lembaga pendidikan dan sertifikasi profesi, persyaratan posisi dalam konteks dinamika sistem desentralisasi pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan. Masalah distribusi adalah bagaimana menyeimbangkan penawaran (praktisi medis) dan permintaan (kebutuhan dan harapan masyarakat) untuk memperbaiki ketidakseimbangan distribusi yang saat ini tidak menguntungkan bagi daerah pedesaan dan daerah terpencil khususnya.

Meningkatkan jumlah, penyebaran, komposisi dan mutu tenaga kesehatan merupakan tantangan masa depan pembangunan kesehatan. Ketersedian tenaga kesehatan yang memadai adalah salah satu faktor pendukung percepatan pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang baik sebagai salah satu tujuan pembangunan kesehatan, serta mendukung pelaksanaan Jaminan Kesehatan Semesta (SJSN) dan pencapaian target MDG’s tahun 2015.

Situasi di daerah DTPK dan daerah bermasalah kesehatan (DBK), serta daerah kurang diminati sangat berbeda dengan daerah lainnya. Ketersediaan tenaga kesehatan dan sarana-prasarana merupakan masalah utama yang terjadi di lapangan. Namun demikian, aktifitas pelayanan wajib dilaksanakan dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat tidak dapat ditunda. Oleh sebab itu diperlukan kebijakan khusus untuk mengembangkan regulasi di lapangan yang disesuaikan dengan karakteristik daerah dan tidak menyamaratakan kebijakan tersebut untuk seluruh wilayah Indonesia.

Kebijakan yang baru perlu diikuti dengan regulasi dan pedoman teknis untuk mendistribusikan tenaga kesehatan yang telah diperkaya kapasitasnya baik dari segi kompetensi/hard skill maupun soft skill khusus untuk DTPK, DBK, dengan berbagai variasi model distribusi. Pedoman teknis ini diperlukan untuk membantu stakeholder yang terkait dengan penempatan tenaga kesehatan untuk menentukan jenis dan kualitas tenaga kesehatan yang akan dikirimkan ke daerah DTPK, DBK, dan daerah kurang diminati. Oleh sebab itu diperlukan tindak lanjut dengan mengimplementasikan policy paper yang telah dikembangkan di lapangan pada kegiatan tahun-tahun sebelumnya.

Belum selarasnya hubungan antara pendidikan dengan pendayagunaan yang berpengaruh terhadap pemenuhan tenaga kesehatan.

1. **ANALISIS SITUASI**

Pencapaian Millenium Development Goals (MDG) bidang kesehatan belum mencapai target. Ada lima target MDG yang berada dalam posisi indikator merah yaitu menurunkan angka kematian ibu, menurunkan angka kematian bayi, menurunkan angka Total Fertility Rate (TFR), meningkatkan akses penduduk yang memiliki air minum berkualitas dan mengendalikan penyakit malaria

Berbagai faktor atau determinan yang mempengaruhi derajat kesehatan antara lain adalah lingkungan, perilaku dan gaya hidup, faktor genetis, dan pelayanan kesehatan. Menurut Sistem Kesehatan Nasional terdapat enam subsistem yang turut menentukan kinerja sistem kesehatan nasional yaitu subsistem upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia (SDM) kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan manajemen kesehatan. Pada subsistem SDM kesehatan, tenaga kesehatan merupakan unsur utama yang mendukung subsistem kesehatan lainnya.

Sementara itu tantangan dari pendayagunaan tenaga kesehatan yang adil dan merata adalah sebagai berikut :

1. Pemenuhan jumlah dan jenis tenaga kesehatan strategis di fasilitas pelayanan kesehatan
2. Retensi tenaga kesehatan yang bertugas di daerah DTPK/DBK dan/atau daerah yang tidak diminati
3. Kurangnya dukungan daerah terhadap tenaga kesehatan yang dikirim oleh pusat
4. Kebijakan pusat yang tidak mudah diterapkan di daerah karena adanya otonomi daerah.
5. Penempatan tenaga kesehatan yang belum mempertimbangkan karakteristik daerah dan dikaitkan dengan kompetensi tenaga kesehatan
6. Lemahnya monitoring dan evaluasi penempatan tenaga kesehatan

Tantangan-tantangan yang ada perlu dihadapi dengan upaya manajemen distribusi SDM Kesehatan yang memadai, mulai dari perencanaan Distribusi SDM Kesehatan, pelaksanaan Distribusi SDM Kesehatan, dan Pemantauan SDM Kesehatan.

1. **PERMASALAHAN**

Masalah-masalah yang menghambat pelaksanaan distribusi SDM Kesehatan saat ini berdasarkan analisa situasi antara lain karena belum adanya kebijakan khusus bagi distribusi tenaga kesehatan baik dari segi perencanaan Distribusi SDM Kesehatan, pelaksanaan Distribusi SDM Kesehatan, maupun Kebijakan Pemantauan SDM Kesehatan khususnya di DTPK, masalah-masalah yang perlu diselesaikan dengan penyusunan kebijakan antara lain :

1. Perencanaan pemenuhan nakes oleh pemerintah daerah belum sepenuhnya sesuai dengan standar yang ada seperti misalnya berdasarkan rencana kebutuhan tenaga kesehatan dari kementerian kesehatan sehingga fasyankes yang kelebihan tenaga kesehatannya berpeluang untuk semakin kelebihan dan fasyankes yang kekurangan juga berpeluang untuk semakin kekurangan nakesnya.
2. Adanya perbedaan ‘take home pay’ dari para tenaga kesehatan yang bekerja dalam satu tim di fasyankes di daerah. Mereka terdiri dari berbagai latar belakang status kepegawaian seperti PNS, PTT, Penugasan Khusus, PTT Daerah, Tenaga Kontrak, dsb. Hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman dalam bekerja.
3. Honor/insentif yang besarannya disamaratakan antara lokasi fasilitas pelayanan kesehatan yang aksesnya mudah dengan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan yang aksesnya sulit (baik di daerah terpencil/sangat terpencil).
4. Menurunnya kompetensi (hard skill) tenaga kesehatan yang bekerja di DTPK.
5. Meningkatnya kompleksitas kerja yang menuntut tambahan kewenangan tenaga kesehatan di luar kewenangan profesi utamanya.
6. Pemantauan pelaksanaan penempatan nakes baik di fasyankes pusat maupun daerah belum terlaksana dengan maksimal sehingga tindak lanjut dari hasil pemantaun berpa pembinaan dan pengembangan nakes diharapkan dapat terlaksana dengan baik juga.

Selain dari pada itu juga Indonesia memiliki beberapa karakteristik yang menyebabkan terjadinya maldistribusi tenaga kesehatan. Secara geografis, Indonesia memiliki berbagai daerah yang sulit untuk dijangkau, dimana daerah-daerah tersebut sama sekali tidak menarik minat tenaga kesehatan khususnya dokter untuk bekerja dalam jangka waktu yang lama. Kemampuan ekonomi di Indonesia memiliki variasi yang sangat lebar. Ada daerah dengan kekuatan ekonomi yang sangat kuat, namun ada juga daerah yang sangat terbelakang. Situasi ini menyebabkan terjadinya penumpukan tenaga kesehatan seperti dokter pada daerah tertentu dan kekurangan tenaga kesehatan pada daerah yang lainnya.

1. **ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH**

Mengatasi disparitas dan distribusi yang tidak merata tersebut diperlukan beberapa solusi / alternatif pemecahan masalah yang perlu dikembangkan seperti:

1. Penyusunan Perencanaan Distribusi SDM Kesehatan

Perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Perencanaan tenaga kesehatan bertujuan pada tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi dengan adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Perencanaan Distribusi SDM Kesehatan adalah implementasi lanjutan dari perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan dan merupakan bagian dari Perencanaan SDM Kesehatan. Dalam prakteknya di Kementerian Kesehatan lebih banyak menggunakan Ratios Method yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan pada standar/rasio terhadap nilai tertentu. Tidak hanya berdasarkan rasio perencanaan, standar kompetensi spesifik bagi tenaga kesehatan yang dibutuhkan di DTPK juga perlu dikembangkan. Bagi tenaga kesehatan non dokter, DTPK merupakan daerah yang menarik karena tidak ada hirarki pelayanan yang harus ditaati, namun kemampuan mereka untuk bekerja di daerah tersebut masih kurang jika harus menggantikan peran tenaga dokter dalam memberian pelayanan kepada masyarakat. Umumnya di standar pelayanan kesehatan di DTPK kurang memuaskan jadi diperlukan kebijakan tentang standar pelayanan kesehatan yang spesifik untuk DTPK yang didukung oleh standar sarana dan prasarana dengan mempertimbangkan kondisi geografis wilayah. Rencana distribusi merupakan perencanaan yang berasala dari daerah dengan memperhatikan rekomendasi dan juga pertimbangan dari pemerintah pusat dan stakeholder terkait. Rencana distribusi harus dengan jelas menginformasikan bagaimana metode penempatan yang akan diterapkan di masing-masing daerah. Sehingga dipandang perlu untuk menyusun dokumen/kebijakan terkait perencanaan distribusi SDM Kesehatan.

1. Pelaksanaan Distribusi SDM Kesehatan

Setelah adanya rencana distribusi SDM Kesehatan, maka akan dilaksanakan distribusi sesaui rencana distribusi yang berpedoman padan rencana kebutuhan SDM Kesehatan. Metode pelaksanaan distribusi yang dilakukan oleh pemerintah daerah maupun pemerintah pusat harus sesuai dengan yang telah direncanakan dalam perencanaan distribusi. Ada banyak metode yang dapat dipilih dalam pendistribusian SDM Kesehatan, distribusi secara individu maupun kelompok, distribusi SDM Kesehatan yang berstatus pegawai tetap dan pegawai dengan kontrak.

Yang perlu diperhatikan dalam menyusun Kebijakan Pelaksanaan Distribusi SDM Kesehatan adalah kebijakan dalam pendekatan geografis dan pendekatan motivasional, kebijakan dalam dua hal tersebut diperlukan untuk menarik minat dokter bekerja terutama di daerah yang menjadi prioritas yaitu daerah dengan kondisi geografis tertentu, seperti DTPK. Pemerintah daerah disarankan menyediakan insentif material dan non material. Insentif material berupa tunjangan dalam jumlah tertentu atau reward and punishment dan insentif non material berupa jangka waktu kontrak yang pendek (3-6 bulan). Selain itu juga perlu diperhatikan pemberian beasiswa pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan. Mahalnya biaya pendidikan di bidang kesehatan terutama di kedokteran dan spesialisnya membuat pelajar di kalangan mampu yang dapat menempuhnya. Persaingan untuk masuk fakultas kedokteran yang begitu berat akhirnya hanya membuat siswa yang bisa masuk ke fakultas ini hanya berasal dari sekolah-sekolah yang memiliki standar pendidikan yang cukup baik dan umumnya merupakan sekolah pada kota-kota besar. Memberikan kesempatan dengan beasiswa bagi pelajar terutama pelajar di DTPK untuk mendapatkan pendidikan di kedokteran dan spesialisnya yang nantinya memiliki kontrak untuk mengabdi ke daerah asalnya merupakan salah satu cara untuk mengurangi disparitas dokter atau pun dokter spesialis. Sehingga dipandang perlu untuk menyusun dokumen/kebijakan terkait pelaksanaan distribusi SDM Kesehatan.

1. Pemantauan Pelaksanaan Distribusi SDM Kesehatan

Di dalam sebuah manajemen Distribusi harus ada proses pemantauan sebagai pengontrol tingkat efektifitas dan effisiensi dari suatu kegiatan/program terkait distribusi. Pementauan pelaksanaan distribusi berdasarkan perencanaannya diperlukan untuk menentukan tindak lajut dari program distribusi yang telah dilaksanakan. Sehingga dapat ditentukan bahwa program tersebut akan dilanjutkan atau dihentikan, dilanjutkan dengan pengembangan atau dilanjutkan dengan pengurangan, semuanya berdasarkan hasil pemantaun. Pemantauan juga dilakukan agar dapat diambil kesimpulan apakah diperlukan atau tidak agar nakes yang ditugaskan akan di berikan pembinaan atau pendidikan dan pelatihan tambahan. Pemantauan dapat dilakukan dengan pantauan jarak jauh baik melalui media telekomunikasi/informatika maupaun pemantauan secara langsung maupun secara administratif. Sehingga dipandang perlu untuk menyusun dokumen/kebijakan terkait pemantauan distribusi SDM Kesehatan.

Kebijakan-kebijakan di atas akan memberikan tambahan solusi atas disparitas dan distribusi yang tidak merata dari tenaga kesehatan yang terjadi di Indonesia. Tenaga kesehatan yang cukup dan tersebar merata akan membantu meningkatkan derajat kesehatan sehingga akan membantu mencapai tujuan Millenium Developmen Goals (MDG) bidang kesehatan.

Jakarta, September 2014

Kepala Bidang Pendayagunaan

SDM Kesehatan Dalam Negeri

Purwani Eko Prihatin, SKM, M.Kes, M.Ed

NIP 196107231985032001