**DRAFT LAPORAN KEGIATAN**

**PUSAT PERENCANAAN DAN PENDAYAGUNAAN SDM KESEHATAN**

**TAHUN ANGGARAN 2014**

1. Analisis Situasi Awal Tahun

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 / 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 khususnya dalam rangka distribusi SDM Kesehatan dalam negeri adalah sebagai berikut :

1. Rendahnya retensi tenaga kesehatan yang bertugas di DTPK, daerah bermasalah kesehatan (DBK) dan/atau daerah yang tidak diminati;
2. Kurangnya dukungan daerah terhadap tenaga kesehatan yang dikirim oleh pemerintah pusat;
3. Tidak mudahnya menerapkan kebijakan pemerintah pusat di daerah karena adanya otonomi daerah, dan sebab lainnya;
4. belum dipertimbangkannya karakteristik daerah yang dikaitkan dengan kompetensi tenaga kesehatan dalam 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 dibarengi dengan Pemantauan Distribusi SDM Kesehatan.

1. Dasar Hukum Pelaksanaan Kegiatan
2. Undang Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
3. Undang Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
4. Undang-Undang nomor: 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah;
5. Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116);
6. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
7. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
8. Peraturan Pemerintah nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan daerah Kabupaten/Kota;
9. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 102 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen;
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 850/Menkes/SK/V/XI/2001 tentang Kebijakan Pengembangan Nakes Tahun 2000-2010;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 1199/MENKES/PER/X/2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah;
12. Strategi Pelaksanaan Kegiatan

*Output :*

**Dokumen Pendayagaunaan SDM Kesehatan Dalam Negeri**

*Tujuan :*

Kegiatan yang dilaksanakan Sub Bidang Distribusi SDM Kesehatan merupakan kegiatan lanjutan yang berkesinambungan dari kegiatan-kegiatan pada tahun-tahun sebelumnya. Hasil rancangan kebijakan model distribusi tenaga kesehatan tahun 2012 ditindaklanjuti dengan penyusunan kebijakan distribusi tenaga kesehatan di DTPK dan pelaksanaan uji coba salah satu model distribusi/penempatan yang telah dihasilkan, yang mana dokumen-dokumen hasil kegiatan tersebut nantinya diharapkan dapat dipakai sebagai landasan dalam menyusun kebijakan/pedoman distribusi SDM Kesehatan dalam negeri.

1. Tujuan Umum

Tersusunnya Dokumen Pendayagunaan SDM Kesehatan Dalam Negeri

1. Tujuan Khusus
2. Tersusunnya Dokumen Perencanaan Distribusi SDM Kesehatan Dalam Negeri
3. Tersusunnya Dokumen Pelaksanaan Distribusi SDM Kesehatan Dalam Negeri

*Gambaran Umum Pelaksanaan Kegiatan :*

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 Nasional dan pencapaian target MDG’s tahun 2015.

Pada RPJMN 2010-2014 dinyatakan bahwa sebagian besar unit pelayanan kesehatan telah diisi oleh tenaga kesehatan. Namun hingga saat ini masalah maldistribusi belum teratasi. Hal ini disebabkan oleh adanya kesenjangan kebijakan nasional dan daerah. Selama ini, kebijakan nasional yang dipergunakan untuk menjadi dasar regulasi dan strategi distribusi tenaga kesehatan diberlakukan sama untuk semua wilayah di Indonesia tanpa melihat kesenjangan antar wilayah. Akibatnya banyak terdapat benturan regulasi dan praktek aktifitas tenaga kesehatan di lapangan.

Situasi di DTPK dan 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 dikirim ke DTPK, DBK, dan daerah kurang diminati. Oleh sebab itu diperlukan tindak lanjut dengan mengimplementasikan policy paper yang telah dikembangkan di lapangan.

Sesuai dengan tupoksi yang tertera dalam Permenkes 1144/tahun 2010, pada tahun 2012 Bidang Pendayagunaan SDM Kesehatan sub bidang distribusi telah menyusun ‘policy paper’ tentang pola distribusi sesuai dengan karakteristik daerah. Model-model distribusi tersebut meliputi model kontrak individu sepeti PTT dan penugasan khusus, model kontrak tim dan kontrak manajemen antara pemerintah-pemerintah, pemerintah-swasta.

Masalah-masalah yang menghambat pelaksanaan distribusi saat ini karena belum adanya kebijakan khusus bagi distribusi tenaga kesehatan di DTPK, sehingga menimbul masalah seperti:

1. Adanya perbedaan ‘take home pay’ dari para tenaga kesehatan yang bekerja dalam satu tim/instansi. Yang mana 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.
2. 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).
3. Meningkatnya kompleksitas kerja yang menuntut tambahan kewenangan tenaga kesehatan di luar kewenangan profesi utamanya.
4. Belum selarasnya hubungan antara pendidikan dengan pendayagunaan yang berpengaruh terhadap pemenuhan tenaga kesehatan.

Secara garis besar, metode yang akan dilakukan adalah kombinasi antara swakelola dan melalui pihak ketiga (jasa konsultan). Untuk dokumen perencanaan distribusi SDMK dalam negeri secara keseluruhan dilaksanakan dengan swakelola dalam bentuk pertemuan-pertemuan pembahasan maupun pertemuan koordinasi dengan berbagai stakeholder lintas program/sektor terkait, selain pelaksanaan pertemuan juga dilakukan perjalan dinas sesuai kebutuhan penyusunan dokumen tersebut. Sedangkan untuk dokumen pelaksanaan distribusi SDMK dalam negeri secara umum dibagi menjadi dua metode, pelasanaannya ada yang swakelola seperti halnya swakelola yang dilaksanakan pada penyusunan dokumen perencanaan distribusi SDMK dalam negeri dan ada juga yang dilakukan oleh pihak ketiga melalui proses jasa konsultansi dengan metoda LPSE yakni pelaksanaan Evaluasi Strategi Penempatan/Distribusi Nakes Dalam Negeri, Kajian Komponen Insentif Nakes yang Bertugas di DTPK, dan Uji Coba Penempatan Nakes dengan Team Base.

*Target :*

2 (dua) Dokumen

*Capaian :*

2 (dua) dokumen yang menjadi sasaran tersebut telah dicapai / direalisasikan dalam bentuk beberapa dokumen sebagai berikut :

1. Dokumen Perencanaan Distribusi SDM Kesehatan Dalam Negeri
2. Dokumen Hasil Review Pelaksanaan Distribusi SDMK Dalam Negeri
3. Rancangan Pedoman Distribusi SDMK Dalam Negeri
4. Dokumen Pelaksanaan Distribusi SDM Kesehatan Dalam Negeri
5. Dokumen Pelaksanaan Distribusi SDMK Dalam Negeri yang terdiri dari :
6. Laporan Hasil Evaluasi Strategi Penempatan/Distribusi Nakes Dalam Negeri
7. Laporan Hasil Kajian Komponen Insentif Nakes yang Bertugas di DTPK
8. Laporan Hasil Pelaksanaan Uji Coba Penempatan Nakes dengan Team Base
9. Dokumen Hasil Monev Pelaksanaan Distribusi SDMK Dalam Negeri

*Sub Output :*

**Dokumen Perencanaan Distribusi SDM Kesehatan Dalam Negeri**

*Komponen Kegiatan :*

1. Review Pelaksanaan Distribusi SDMK Dalam Negeri

Gambaran umum pelaksanaan kegiatan :

Review Pelaksanaan Distribusi SDMK bertujuan untuk menggambarkan pelaksanaan distribusi selama RPJMK II (2010-2014) dalam rangka pembuatan rekomendasi bagi pelaksanaan distribusi pada RPJMK III (2015-2019) yang akan datang. Ruang lingkup review meliputi kebijakan-kebijakan terkait pelaksanaan distribusi SDMK serta pelaksanaannya meliputi model-model penempatan tenaga kesehatan

Hambatan :

Distribusi tenaga kesehatan dilaksanakan melalui penempatan CPNS/PNS, Program Pegawai Tidak Tetap (PTT), dan Penugasan Khusus. Selain itu ada pula program sister hospital, pelayanan kesehatan bergerak dan tenaga kesehatan dengan sistem kontrak daerah. Dikarenakan keterbatasan data dan informasi, maka ruang lingkup review meliputi program PTT dan penugasan khusus.

Terobosan yang dilakukan :

Dokumen review pelaksanaan distribusi SDM kesehatan dapat memberikan gambaran tentang pelaksanaan distribusi tenaga kesehatan secara perorangan selama kurun waktu 5 tahun terakhir. Kementerian Kesehatan akan melaksanakan penempatan tenaga kesehatan secara kelompok (team based) pada tahun 2015 dan seterusnya.

1. Penyusunan Rancangan Pedoman Distribusi SDMK Dalam Negeri

Gambaran umum pelaksanaan kegiatan :

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat disusun dalam suatu Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Dalam SKN tahun 2009 disebutkan bahwa yang dimaksud dengan pembangunaan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Agar upaya pembangunan kesehatan dapat terwujud, maka diperlukan berbagai sumber daya bidang kesehatan. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 juga menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Selanjutnya dinyatakan pula bahwa sumber daya yang dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tersebut meliputi tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, perbekalan kesehatan serta teknologi dan produk teknologi.

Khusus upaya peningkatan jumlah, jenis, kualitas dan penyebaran Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK), Kementerian Kesehatan perlu memperhatikan perubahan paradigma nasional maupun perubahan yang terjadi di skala internasional. Perubahan di skala nasional ditandai dengan berlakukannya Undang-Undang Nomor 12 tahun 2008 tentang perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Undang-Undang tersebut selanjutnya dijelaskan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, serta Peraturan Pemerintah Nomor 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah. Dengan diberlakukannya berbagai peraturan tersebut, maka pemerintah harus berinteraksi dan bersinergi dengan pemerintah daerah dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan selama ini telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, namun tidak bisa kita pungkiri bahwa pelayanan kesehatan belum dapat dinikmati secara merata oleh seluruh masyarakat. Masyarakat yang tinggal di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) masih mengalami kesulitan untuk mengakses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas setiap saat mereka membutuhkan. Oleh karena pelayanan kesehatan masyarakat di DTPK memerlukan perhatian dan dilaksanakan secara bersama oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangan yang telah diatur dalam undang-undang dan peraturan pemeritah.

Berbagai peraturan perundang-undang telah diterbitkan untuk mendukung kebijakan pembangunan DTPK ini, antara lain: (1) Undang-Undang Nomor 43 tahun 2008 tentang Wilayah Negara; (2) Peraturan Presiden Nomor 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2010-2014; (3) Peraturan Presiden Nomor 78 tahun 2005 tentang Pengelolaan Pulau-Pulau Terkecil Terluar; (4) Keputusan Menteri Kesehatan No 3 tahun 2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010 - 2014.

Pendekatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan di DTPK tidak dapat disamakan dengan daerah lainnya. Pembangunan kesehatan di DTPK harus memperhatikan dengan seksama pendekatan kedaulatan negara (*souvereignity*) dan pendekatan kesejahteraan rakyat (*prosperity*). Dengan demikian, pembangunan kesehatan di DTPK harus dilaksanakan secara terpadu, sinergis, berkesinambungan oleh seluruh pemangku kepentingan, dan perlu memperhatikan masalah kesehatan yang unik untuk setiap wilayah, serta memperhatikan kebutuhan kesehatan dan risiko kesehatan yang dihadapi setiap kelompok umur penduduk yang tinggal di wilayah tersebut. Disamping itu upaya pembangunan kesehatan di DTPK juga perlu mempertimbangkan dengan seksama kondisi geografi, topografi, cuaca, infrastruktur jalan, sarana transportasi umum, sumber daya energi, sumber daya manusia, sumber daya alam, akses komunikasi, serta tingkat kemiskinan penduduk.

Oleh karena itu untuk menjamin akses pelayanan dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat DTPK, perlu dilakukan upaya penataan dan pemenuhan SDM Kesehatan secara bersama – sama, antara pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota melalui redistribusi dan distribusi sesuai kebutuhan DTPK. Untuk mendukung pelaksanaan kegiatan tersebut diperlukan pedoman distribusi SDM kesehatan yang berangkat dari isu strategis, yaitu kekurangan tenaga kesehatan di DTPK, maldistribusi, dan kurangnya retensi tenaga kesehatan di DTPK.

Draf rancangan pedoman distribusi SDM kesehatan di DTPK nantinya diperkaya kapasitasnya dari segi kompetensinya (har*d skill* dan *soft skill)*. Pedoman ini sebagai acuan yang terkait dengan distribusi SDM kesehatan untuk menentukan jenis, kualitas, dan bentuk paket pengiriman (perseorangan atau Team) yang akan di distribusikan terutama di daerah DTPK, Oleh karena itu tindak lanjut penyusunan draf pedoman distribusi SDM kesehatan di DTPK diharapkan dapat penghasilkan pedoman yang dapat diimplementasikan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan dan peningkatan pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat di DTPK.

Kegaiatan penyusunan draf rancangan pedoman distribusi SDM Kesehatan sebagai berikut :

1. Rapat persiapan
2. Penyusunan draf rancangan
3. Pembahasan
4. Penyusunan laporan

Penyusunan draf rancangan pedoman distribusi SDM kesehatan memerlukan dukungan informasi yang berhubungan dengan keadaan geografis, fasilitas pelayanan kesehatan, sosial budaya, kedaaan dan jumlah SDM kesehatan DTPK dll. Berdasarkan informasi tersebut dapat menjadi dasar pertimbangan dalam melakukan distribusi tenaga kesehatan di DTPK.

Dengan adanya pedoman distribusi SDM kesehatan diharapkan kebutuhan jenis dan kualitas SDM yang akan di tempatkan ke daerah sesuai dengan karakteristik daerah dan jenis pelayanan yang tersedia di lapangan, komposisi tim tenaga kesehatan yang akan direkrut dan dikirimkan ke daerah DTPK sesuai dengan kebutuhan, biaya yang diperlukan dalam melakukan distribusi sesuai dengan rencana, dan dapat menentukan kebutuhan akan tenaga tenaga kesehatan di DTPK baik kebutuhan tenaga kesehatan secara individu (PTT dan Tugsus) maupun kebutuhan secara tim *(team based).*

Informasi tersebut dikumpulkan dengan cara sharing pengalaman dan hasil review program distribusi tenaga kesehatan yang sedang berlangsung melalui pelaksanaan program PTT maupun melalui penugasan khusus. Informasi terkait dengan teknis operasional distribusi tenaga kesehatan di daerah DTPK bisa dimanfaatkan untuk kepentingan penyusunan draf pedoman distribusi SDM kesehatan.

Dalam proses penyusunan rancangan draf pedoman distribusi SDM kesehatan akan melibatkan berbagai pihak baik lintas sektor maupun lintas program.

Hambatan :

1. Terbatasnya kajian – kajian yang berhubungan retensi tenaga kesehatan yang dapat digunakan sebagai referensi penyusunan pedoman.
2. Kajian yang dilakukan sebelumnya tidak dapat mengambarkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap retensi tenaga kesehatan di DTPK, terutama penempatan tenaga kesehatan secara tim.
3. Dasar hukum yang belum sepenuhnya dapat menunjang penyusunan pedoman distribusi tenaga kesehatan.

Terobosan yang dilakukan :

Penempatan tenaga kesehatan di DTPK secara tim *(Teambased)* untuk meningkatkan retensi tenaga kesehatan serta dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang berada di pulau-pulau terluar dan perbatasan.

1. Koordinasi/Konsultasi Terkait Perencanaan Distribusi SDMK Dalam Negeri

Gambaran umum pelaksanaan kegiatan :

Pertemuan Koordinasi/Konsultasi dengan Stakeholder terkait perencanaan distribusi SDMK dalam negeri dilaksanakan dengan beberapa bentuk pertemuan atau perjalanan dinas, terperinci sebagaimana berikut :

1. Mengadakan atau menghadiri Rapat/Pertemuan di Kantor
2. Mengadakan atau menghadiri Rapat/Pertemuan di Luar Kantor (dalam kota)
3. Melaksanakan atau menghadiri Koordinasi/Konsultasi ke luar kota
4. Menghadiri Pertemuan fullday dalam Kota
5. Menghadiri Pertemuan Paket Fullboard dalam kota.

Pertemuan-pertemuan tersebut dialokasikan untuk mengakomodir kegiatan yang sifatnya tiba-tiba dan urgen tanpa terencana sebelumnya, seperti :

1. Koordinasi terkait perencanaan program penempatan PTT
2. Koordinasi terkait perencanaan progran penempatan Nakes Tugsus
3. Koordinasi terkait perencanaan penempatan kembali dokter spesialis paska PPDSBK oleh Kemenkes
4. Koordinasi terkait kebijakan pemerintah bidang kesehatan utamanya dengan KemenPAN-RB dan Kemendagri
5. Koordinasi terkait program Quick Win Kabinet Indonesia Bersatu Jilid II yang dikoordinir oleh KemenPAN-RB

Hambatan :

Pada dasarnya tidak ditemukan hambatan yang berarti, hanya saja karena kegiatan ini meupakan kegiatan yang tiba-tiba dilaksanakan tanpa direncanakan jauh-jauh hari (tahun) sebelumnya maka pelaksanaannya memerlukan ekstra perhatian khusus untuk mengumpulkan bahan-bahan dan materi terkait kegiatan yang akan dilaksanakan dan menyusun jadwal pertemuannya/pelaksanaannya.

Terobosan yang dilakukan :

Untuk dapat memperlancar proses pelaksanaan koordinasi dan kosultasi dengan stake holder terkait, maka ditentukan penanggung jawab dari masing-masing klasisfikasi kegiatan agar dapat intensif menjalin komunikasi dengan para stakeholder sehingga koordinasi dapat berjalan terus.

Sub Output :

**Dokumen Pelaksanaan Distribusi SDM Kesehatan Dalam Negeri**

Komponen Kegiatan :

1. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Distribusi SDMK Dalam Negeri

Gambaran umum pelaksanaan kegiatan :

Pelaksanaan kegiatan penyusunan rencana pelaksanaan distribusi SDMK dalam negeri dimaksudkan untuk merancang strategi pelaksanaan distribusi SDMK dalam rangka pemenuhan dan pemerataan tenaga kesehatan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan. Penyusunan rencana pelaksanaan distribusi SDMK dalam negeri meliputi proses analisis distribusi SDMK, hingga penyusunan regulasi terkait perencanaan dan pemerataan nakes di fasyankes milik Pemda dalam bentuk Peraturan Bersama antara Menkes, Mendagi, dengan MenPAN-RB. Tercapainya dan terlaksananya kegiatan-kegiatan tersebut tidak terlepas dari kerja sama yang apik dan konsolidasi yang baik sehingga tercapai output yang diharapkan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun kalender. Kerja sama dengan Kemendagri keterkaitannya dalam advokasi dan koordinasi dengan Pemda sebagai pengambil keputusan dan pelaksana kebijakan pemerintah untuk keberlangsungan pembangunan dan pelayanan kesehatan di daerah. Kerja sama dengan KemenPAN-RB dalam rangka koordinasi terkai perencanaan dan pemerataan formasi ASN/PNS dan PPPK di fasyankes milik Pemda.

Hambatan :

Selama proses pelaksanaan kegiatan penyusunan rencana pelaksanaan distribusi SDMK dalam negeri tidak ditemukan hambatan yang berarti, namun hambatan-hambatan kecil tidak dapat terhindarkan, seperti kerapnya peserta undangan dari stake holder yang diundang dalam penyusunan maupun pembahasan tidak dapat hadir karena alasan kesibukan pada unit masing-masing. Selain ketidak hadiran para stake holder yang dibutuhkan masukan serta informasinya, hambatan lainnya adalah utusan atau perwakilan dari instansi-instansi yang diundang dalam kegiatan penyusunan maupun pembahasan yang hadir sering berbeda-beda dari pertemuan pertama, kedua, ketiga, dan seterusnya sehingga masukan dan informasi yang didapatkan kadang berbeda dari utusan/perwakilan yang hadir pada pertemuan sebelumnya.

Terobosan yang dilakukan :

Sebagai tindak lanjut dan upaya menangani hambatan tersebut, dilakukan pertemuan koordinasi dalam rangka penyusunan dan pembahasan dokumen-dokumen terkait kegiatan penyusunan rencana pelaksanaan distribusi SDMK dalam negeri dengan cara mendatangi/dilaksanakan di kantor/tempat dari masing-masing satkeholder terkait yang dibutuhkan informasi dan masukannya, diantaranya dilaksanakan pertemuan di kantor Kemendagri dan di kantor KemenPAN-RB.

1. Pelaksanaan Distribusi SDMK Dalam Negeri

Gambaran umum pelaksanaan kegiatan :

Kegiatan pelaksanaan distribusi SDMK dalam negeri diuraikan dalam bentuk kegiatan Evaluasi Strategi Penempatan/Distribusi Nakes Dalam Negeri, Kajian Komponen Insentif Nakes yang Bertugas di DTPK, dan Pelaksanaan Uji Coba Penempatan Nakes dengan Team Based. Tiga kegiatan tersebut dilaksanakan oleh pihak ketiga (Jasa Konsultan). Demi keberhasilan dan terlaksananya kegiatan pelaksanaan distribusi SDMK dalam negei sebagai mana disebutkan, maka dilakukan pertemuan-pertemuan internal kementerian kesehatan dan juga peremuan yang melibatkan lintas sektor lintas program terkait guna membahas bagaimana proses pelaksanaan distribusi SDMK dalam negeri dapat terlaksana dengan baik. Meskipun kegiatan-kegiatan tersebut dilaksanakan oleh Konsultan, namun dalam pelaksanaannya selalu melibatkan Kementerian Kesehatan dalam hal ini Pusren-Gun SDMK sebagai pengguna jasa yang memahami secara teknis pelaksanaan kegiatan tersebut.

Hambatan :

Pelaksanaan kegiatan melalui jasa konsultasi mengalami perubahan jadwal, jadwal pelaksanaannya mundur dari rencana awal, disebabkan karena adanya pemblokiran anggaran pada DIPA Pusren-Gun SDM sehingga proses lelang juga dimundirkan dari rencana awal.

Terobosan yang dilakukan :

Menyusun rencana pelaksanaan tahapan kegiatan yang disepakati oleh Pusren-Gun SDMK dengan Penyedia Jasa Konsultan, yang harus dilaksanakan sesuai jadwal dan tepat waktu, sehingga kegiatan dapat terlaksana secara maksimal dan efektif-effisien.

1. Monev Pelaksanaan Distribusi SDMK Dalam Negeri

Gambaran umum pelaksanaan kegiatan :

Monev pelaksanaan distribusi SDMK dalam negeri dilaksanakan di lima kabupaten/kota yaitu Lampung, Sambas, Konawe, Kupang, dan Jayapura. Penyusunan instrumen monev dilaksanakan bekerjasama dengan Badan Litbang Kesehatan. Variabel-variable hasil monev dianalisis dan dibuat menjadi kajian terkait program PTT dan Insentif bagi tenaga kesehatan di Puskesmas.

Hambatan :

Lokasi Monev terbatas pada lima lokasi sehingga tidak mewakili jumlah kabupaten/kota di Indonesia. Monev hanya terbatas pada program PTT, sementara program penugasan khusus belum dapat dilakukan monev.

Terobosan yang dilakukan :

Monev menggunakan instrumen yang hasilnya dianalisis oleh Badan Litbang Kesehatan dan menjadi dua buah kajian yaitu Kajian Program PTT dan Kajian Insentif Tenaga Kesehatan di Puskesmas.

1. Koordinasi/Konsultasi Terkait Pelaksanaan Distribusi SDMK Dalam Negeri

Gambaran umum pelaksanaan kegiatan :

Pertemuan Koordinasi/Konsultasi dengan Stakeholder terkait pelaksanaan distribusi SDMK dalam negeri dilaksanakan dengan beberapa bentuk pertemuan atau perjalanan dinas, terperinci sebagaimana berikut :

1. Mengadakan atau menghadiri Rapat/Pertemuan di Kantor
2. Mengadakan atau menghadiri Rapat/Pertemuan di Luar Kantor (dalam kota)
3. Melaksanakan atau menghadiri Koordinasi/Konsultasi ke luar kota
4. Menghadiri Pertemuan fullday dalam Kota
5. Menghadiri Pertemuan Paket Fullboard dalam kota.

Pertemuan-pertemuan tersebut dialokasikan untuk mengakomodir kegiatan yang sifatnya tiba-tiba dan urgen tanpa terencana sebelumnya, seperti :

1. Koordinasi terkait palaksanaan program penempatan PTT
2. Koordinasi terkait pelaksanaan progran penempatan Nakes Tugsus
3. Koordinasi terkait pelaksanaan penempatan kembali dokter spesialis paska PPDSBK oleh Kemenkes
4. Koordinasi terkait pelaksanaan pemenuhan nakes berdasarkan standar kebutuhan di stiap fasilitas kesehatan
5. Koordinasi terkait pemerataan distribusi dokter spesialis anesetis bersama Perhimpunan dokter spesialis anestesi dan terapi intensif Indonesia (PERDATIN).

Hambatan :

Pada dasarnya tidak ditemukan hambatan yang berarti, hanya saja karena kegiatan ini meupakan kegiatan yang tiba-tiba dilaksanakan tanpa direncanakan jauh-jauh hari (tahun) sebelumnya maka pelaksanaannya memerlukan ekstra perhatian khusus untuk mengumpulkan bahan-bahan dan materi terkait kegiatan yang akan dilaksanakan dan menyusun jadwal pertemuannya/pelaksanaannya.

Terobosan yang dilakukan :

Untuk dapat memperlancar proses pelaksanaan koordinasi dan kosultasi dengan stakeholder terkait, maka ditentukan penanggung jawab dari masing-masing klasisfikasi kegiatan agar dapat secara intensif menjalin komunikasi dengan para stakeholder pelaksanaan distribusi SDMK sehingga koordinasi dapat berjalan terus.