

UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN DI PUSKESMAS MELALUI PENDEKATAN MANAJEMEN SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN

(THE EFFORTS TO IMPROVE THE QUALITY OF SERVICE IN PUSKESMAS THROUGH HEALTH HUMAN RESOURCE MANAGEMENT APPROACH)

Tri Rini Puji Lestari

(Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, Nusantara I, Lantai 2, DPR RI
Jl. Jend. Gatot Subroto, Senayan, Jakarta 10270, Indonesia;
email: tririni74@yahoo.com)

Naskah Diterima: 15 Juli 2018, direvisi: 15 Agustus 2018,
disetujui: 30 September 2018

Abstract

The quality of services at the puskesmas is still often complained about by the community. Some studies show that the quality of health services in health centers is very closely related to the availability of qualified health workers. The aim of the study was to find out various health human resource problems that emerged in the puskesmas that could affect the quality of service for puskesmas, and efforts to overcome various problems related to Human Resource management so that the quality of services at the puskesmas could be improved. The approach used is descriptive analysis method. Data obtained from various literatures are processed and analyzed qualitatively according to the problems and objectives that have been set. The results were obtained, there was a problem of Human Resources in the puskesmas which affected the quality of services, namely the lack of integration of the planning system and procedures for distribution of health personnel; lack of capacity of Human Resource planning units at all levels in the distribution of health workers; lack of good communication so that there is a difference in understanding, information and knowledge about the distribution of health workers between the planning unit and health care providers; lack of support from local government; non-integrated planning in various levels of administration in the regional government; and the lack of implementation and budgeting of training for health workers in health centers.

Key Words: Quality of Services, Puskesmas, Health Workers, Human Resource Management

Abstrak

Mutu pelayanan di puskesmas, masih sering dikeluhkan oleh masyarakat. Beberapa penelitian menunjukkan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas sangat erat hubungannya dengan *ketersediaan* tenaga kesehatan yang bermutu. Tujuan penelitian untuk mengetahui berbagai masalah sumber daya manusia kesehatan yang muncul di puskesmas yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan puskesmas, dan upaya untuk mengatasi berbagai permasalahan terkait manajemen Sumber Daya Manusia sehingga mutu pelayanan di puskesmas dapat ditingkatkan. Pendekatan yang digunakan adalah metode deskriptif analisis. Data didapat dari berbagai literatur diolah dan dilakukan analisis secara kualitatif sesuai dengan masalah dan tujuan yang telah ditetapkan. Hasil didapat, ada masalah Sumber Daya Manusia di puskesmas yang mempengaruhi mutu pelayanan, yaitu belum terintegrasinya sistem perencanaan dan prosedur distribusi tenaga kesehatan; kurangnya kapasitas unit perencanaan Sumber Daya Manusia di semua tingkat dalam pendistribusian tenaga kesehatan; kurangnya komunikasi yang baik sehingga ada perbedaan pemahaman, informasi dan pengetahuan tentang distribusi tenaga kesehatan antara unit perencanaan dan penyedia pelayanan kesehatan; kurangnya dukungan dari pemerintah daerah; perencanaan yang tidak terintegrasi diberbagai tingkat admistrasi di pemerintah daerah; serta kurangnya penyelenggaraan dan penganggaran diklat bagi tenaga kesehatan di puskesmas.

Kata kunci: Mutu Pelayanan, Puskesmas, Tenaga Kesehatan, Manajemen Sumber Daya Manusia

PENDAHULUAN

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat dan memiliki fungsi sebagai kontak pertama bagi rakyat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Sampai saat ini, mutu pelayanan di puskesmas, masih sering dikeluhkan oleh masyarakat. Pelayanan di puskesmas juga masih dipahami sebagai permasalahan teknis pengobatan dimana pelayanannya hanya melibatkan dokter, perawat dan petugas kesehatan lainnya. sementara dari sisi kebijakan dan manajemen sumber daya

manusia belum banyak diangkat ke ruang publik untuk dibicarakan menjadi bahan renungan bersama secara lebih mendalam.¹ Sebagai suatu organisasi pemerintah, puskesmas menerapkan manajemen dalam setiap proses aplikasi kegiatan dan manajemen sumber daya manusia merupakan salah satu yang diterapkan di puskesmas. Karena

¹ Analisis Implementasi Kepmenkes No.128 Tahun 2004 Tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, <http://pkmtanjungpalasutara.blogspot.com/2012/03/analisis-Implementasi-kepmenkes-no128.html>, diakses 6-4-2014.

keberhasilan suatu puskesmas dalam menjalankan programnya ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia kesehatan yang seimbang antara tenaga pengobatan di satu pihak dengan tenaga promotif dan preventif di pihak lain. Untuk itu, setiap kebijakan yang dijalankan harus didukung dengan ketersediaan sumber daya manusia kesehatan (tenaga kesehatan) yang ada. Menurut WHO (2006), tenaga kesehatan memberikan kontribusi hingga 80% dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Karena tenaga kesehatan merupakan roda penggerak dan pemberi pelayanan kesehatan. Untuk itu perlu dilakukan upaya penyediaan tenaga kesehatan yaitu melalui pendidikan dan pelatihan, serta perbaikan kebijakan manajemen sumber daya manusia.²

Ada beberapa penelitian terdahulu yang pernah dilakukan terkait pelayanan di puskesmas, diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Aida Andriani pada tahun 2014 tentang hubungan mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di ruangan poli umum puskesmas di Bukittinggi, yang hasilnya adalah dari 65% responden, didapat hampir separoh (41,5%) yang menyatakan mutu pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di ruangan poli umum puskesmas Tigo Baleh masih rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Melky Kindly Suwuh dan teman-teman pada Juni 2018 tentang hubungan antara kualitas jasa pelayanan dengan kepuasan pasien di Puskesmas Walantakan Kecamatan Langowan Utara, yang hasilnya ada hubungan antara kualitas jasa pelayanan dengan kepuasan pasien di puskesmas Walantakan Kecamatan Langowan Utara. Berdasarkan kedua hasil penelitian tersebut dapat terlihat bahwa mutu pelayanan kesehatan di puskesmas sangat erat hubungannya dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang bermutu dan kepuasan pasien.

Menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, keberadaan puskesmas sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Namun demikian, selama ini puskesmas dianggap belum sepenuhnya dapat memenuhi fungsinya dengan baik. Puskesmas lebih identik dengan pelayanan kesehatan untuk masyarakat menengah ke bawah. Puskesmas sebagai fasilitas

pelayanan kesehatan terdepan dan salah satu penentu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di suatu wilayah, dituntut untuk mampu meningkatkan mutu pelayanan kesehatannya.

Di sisi lain, dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 22, telah diamanatkan bahwa Pemerintah harus mengupayakan ketersediaan tenaga kesehatan di setiap fasilitas kesehatan yang ada diwilayahnya dengan memperhatikan aspek pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan. Hal ini dikarenakan, keberadaan tenaga kesehatan sangat penting bagi keberhasilan pembangunan kesehatan. Namun fakta masih adanya kekosongan tenaga kesehatan di puskesmas bukan hanya karena tidak ada yang mau ditempatkan di puskesmas, tetapi juga karena masih kurangnya perhatian pemerintah terhadap fasilitas yang mesti tersedia. Kurangnya kompetensi tenaga kesehatan di puskesmas juga menjadi tantangan tersendiri dalam manajemen sumber daya manusia kesehatan. Karena semua fasilitas (sarana dan prasarana) yang ada di puskesmas menjadi kewenangan daerah. Akibatnya beban kerja tenaga kesehatan menjadi besar dan berpengaruh pada mutu pelayanan yang akan diberikan di puskesmas.³

Berdasarkan latarbelakang tersebut maka rumusan masalahnya adalah terbatasnya tenaga kesehatan di puskesmas berpengaruh pada beban kerja yang harus ditanggung tenaga kesehatan dan pada akhirnya berdampak pada mutu pelayanan puskesmas. Kajian ini ingin menguraikan lebih lanjut jawab atas pertanyaan: apa saja masalah sumber daya manusia kesehatan di puskesmas yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan puskesmas? dan upaya apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah sumber daya manusia di puskesmas sehingga mutu pelayanan di puskesmas dapat ditingkatkan?

Tujuan penulisan kajian ini adalah untuk mengetahui berbagai masalah sumber daya manusia kesehatan yang muncul di puskesmas yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan puskesmas, dan upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi berbagai permasalahan terkait manajemen Sumber Daya Manusia di puskesmas sehingga mutu pelayanan di puskesmas dapat ditingkatkan. Kajian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Komisi IX DPR RI, agar berguna sebagai bahan-bahan pertimbangan dalam tugas dan fungsi legislasi, pengawasan, dan penganggaran di bidang kesehatan.

² Kurniati Anna & Ferry Efendi. 2012. *Kajian SDM Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

³ Tenaga Medis Di Puskesmas Belum Memadai", *online*, <http://www.neraca.co.id/article/45094/Tenaga-Medis-di-Puskesmas-Belum-Memadai/3>, diakses 15-09-2014

Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Menurut H. Simamora, manajemen sumber daya manusia adalah hal-hal yang berkaitan dengan pembinaan, penggunaan dan perlindungan sumber daya manusia. Dengan demikian tugas manajemen sumber daya manusia adalah mengelola unsur-unsur manusia dengan segala potensi yang dimiliki sehingga dapat diperoleh sumber daya manusia yang dapat mencapai tujuan organisasi.⁴ Dalam manajemen SDM, ada beberapa faktor yang harus diperhatikan dan saling berhubungan satu sama lain, yaitu: 1). Perencanaan dan analisis SDM. Dilakukan untuk mengantisipasi kekuatan yang akan mempengaruhi persediaan dan tuntutan para karyawan di masa depan. 2). Kesetaraan kesempatan kerja. Pemenuhan hukum dan peraturan tentang kesetaraan kesempatan kerja, mempengaruhi semua aktivitas SDM yang lain dan integral dengan manajemen SDM. 3). Pengangkatan pegawai. Bertujuan untuk memberikan pesediaan yang memadai atas individu-individu yang berkualifikasi guna mengisi lowongan pekerjaan disebuah organisasi/institusi. 4). Pengembangan SDM. Dimulai dengan orientasi karyawan baru, pengembangan SDM juga meliputi pelatihan keterampilan pekerjaan. 5). Kompensasi dan tunjangan. Kompensasi memberikan penghargaan pada karyawan atas pelaksanaan pekerjaan melalui gaji, insentif, dan tunjangan. Sistem upah dan gaji harus selalu diperbaiki dan dikembangkan. 6). Kesehatan, keselamatan, dan keamanan. Jaminan atas kesehatan fisik dan mental serta keselamatan dan kesehatan para karyawan merupakan hal yang penting. 7). Hubungan karyawan dan buruh/manajemen. Hubungan antara para manajemen dan karyawan harus ditangani secara efektif apabila para karyawan dan organisasi ingin sukses bersama.⁵

Tenaga kesehatan merupakan sumber daya manusia dibidang kesehatan yang dapat menjadi subjek sekaligus objek dalam suatu institusi kesehatan. Sebagai subjek, tenaga kesehatan terlibat dalam perencanaan, implementasi sampai pada monitoring-evaluasi. Sebagai objek, tenaga kesehatan berada dalam suatu sistem yang menjadi terget program. Pada sebuah institusi, pengelolaan administrasi kepegawaian tenaga kesehatan dilakukan secara menyeluruh baik pada pegawai tetap maupun tidak tetap/kontrak. Melalui kegiatan pengelolaan administrasi kepegawaian tenaga kesehatan tersebut, institusi diharapkan

dapat mengumpulkan informasi-informasi yang berhubungan dengan sistem kepegawaian yang ada. Menurut Suhadi (2015), kegiatan administrasi kepegawaian tenaga kesehatan terdiri dari beberapa unsur,⁶ yaitu:

1. Pencatatan identitas tenaga kesehatan dilakukan untuk memudahkan ketersediaan dan kelengkapan administrasi kepegawaian.
2. Pelaporan, dilakukan dalam rangka untuk mengetahui kondisi ketersediaan tenaga kesehatan baik secara kuantitas maupun mutu, diklat, maupun mutasi tenaga. Selain itu pelaporan juga dilakukan untuk perencanaan pengembangan tenaga kesehatan ke masa depan.
3. Perencanaan dilakukan untuk pengembangan tenaga kesehatan baik untuk memenuhi kekurangan, promosi, pendidikan pelatihan, dan penempatan sistem penggajian (insentif) pegawai.
4. Rekrutmen dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan pada unit kerja institusi kesehatan.
5. Seleksi dilakukan setelah terkumpul sejumlah pelamar yang memenuhi syarat untuk kemudian dipilih guna menjangkau pegawai yang berkompeten untuk menjabat dan mampu mengerjakan pekerjaan pada institusi kesehatan.
6. Orientasi dilakukan untuk memperkenalkan kehidupan sosial, budaya, dan lingkungan kerja di sekitar tempat kerja.
7. Penempatan merupakan penugasan kembali dari seorang karyawan pada sebuah pekerjaan baru. Penempatan dilakukan dalam rangka promosi, pengalihan, dan penurunan pangkat. Tujuan dari penempatan adalah untuk menempatkan orang yang tepat dan jabatan yang sesuai dengan minat dan kemampuannya, sehingga sumber daya manusia yang ada menjadi produktif.
8. Mutasi dilakukan berdasarkan hasil evaluasi pada setiap pekerja secara terus menerus secara obyektif dan agar dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi. mutasi dapat terjadi karena keinginan pegawai itu sendiri atau keinginan institusi.
9. Pembinaan dilakukan dalam rangka memberikan pengarahan dan bimbingan guna mencapai suatu tujuan tertentu. Pembinaan diarahkan untuk:
 - a. Mewujudkan perencanaan tenaga kerja dan informasi ketenagakerjaan;

⁴ Hasibuan, Malayu. 2017. *Manajemen Sumber Daya Manusia, Edisi Revisi*. Surabaya: CV. T.A. De Rozarie.

⁵ Robert L, Mathis dan Jackson. 2006. *Manajemen Sumber Daya Manusia* (Edisi 10). Jakarta: Salemba Empat.

⁶ Suhadi. 2015. *Administrasi Pembangunan Keseha*. Jakarta: Trans Info Media.

- b. Mendayagunakan tenaga kerja secara optimal serta penyediaan tenaga kerja yang sesuai dengan pembangunan nasional;
 - c. Mewujudkan terselenggaranya pelatihan kerja yang berkesinambungan guna meningkatkan kemampuan, keahlian dan produktivitas tenaga kerja;
 - d. Menyediakan informasi pasar kerja, pelayanan penempatan tenaga kerja yang sesuai dengan bakat, minat, dan kemampuan tenaga kerja pada pekerjaan yang tepat;
 - e. Menyelenggarakan sertifikasi keterampilan dan keahlian tenaga kerja sesuai dengan standar;
 - f. Mewujudkan tenaga kerja mandiri;
 - g. Menciptakan hubungan yang harmonis dan terpadu antara pelaku proses produksi barang dan jasa yang diwujudkan dalam hubungan industrial Pancasila;
 - h. Mewujudkan kondisi yang harmonis dan dinamis dalam hubungan kerja yang meliputi terjaminnya hak pengusaha dan pekerja; dan
 - i. Memberikan perlindungan tenaga kerja yang meliputi keselamatan dan kesehatan kerja, norma kerja, pengupahan, jaminan sosial tenaga kerja, serta syarat kerja.
10. Diklat ditujukan untuk membantu karyawan agar mendapatkan pengalaman, keahlian dan sikap untuk menjadi atau meraih kesuksesan. Karena itu, kegiatan pengembangan dapat membantu individu untuk memegang tanggung jawab di masa mendatang.
 11. Penilaian kinerja merupakan proses yang mengukur kinerja karyawan. Penilaian ini merupakan bagian yang penting bagi institusi dari seluruh proses hasil karya dari karyawan. Sedangkan bagi karyawan, penilaian ini merupakan umpan balik tentang berbagai hal seperti kemampuan, kelebihan, kekurangan, dan potensi yang pada gilirannya bermanfaat untuk menentukan tujuan, jalur, rencana, dan pengembangan karir.
 12. Pemberhentian dari pegawai atau yang biasa dikenal dengan istilah pemutusan hubungan kerja (PHK). PHK dilakukan melalui suatu proses yang harus mendapat perhatian yang serius dari pimpinan institusi. Hal ini karena PHK sudah diatur dalam undang-undang dan memberikan risiko bagi institusi maupun untuk karyawan yang bersangkutan. PHK dapat terjadi karena: kemauan karyawan, kemauan institusi oleh karena tindakan tidak disiplin dari karyawan, atau kemauan kedua belah pihak. Menurut

Tulus (1993) dalam melakukan PHK, institusi harus melakukan:

- a. memenuhi kebutuhan-kebutuhan tertentu yang timbul akibat dilakukannya tindakan PHK.
 - b. Menjamin agar karyawan yang dikembalikan ke masyarakat harus berada dalam kondisi sebaik mungkin.
- Terkait pengadaan tenaga kesehatan, ada dua cara yaitu perekrutan internal dan perekrutan eksternal.⁷ Pertama, perekrutan secara internal adalah merekrut tenaga kesehatan di dalam organisasi, seperti:
- a. Merekrut mantan karyawan dan mantan pelamar. Cara ini dapat menghemat waktu dan karyawan tersebut juga sudah dikenal sehingga sudah diketahui kemampuannya.
 - b. Penempatan dan penawaran pekerjaan. Pada cara ini, perusahaan memberitahukan adanya lowongan pekerjaan dan para calon karyawan memberikan tanggapan dengan melamar jabatan-jabatan tertentu. Sistem ini ditujukan untuk memberi kesempatan kepada setiap karyawan untuk pindah ke pekerjaan yang lebih baik dalam organisasi.
 - c. Promosi dan transfer. Promosi dilakukan untuk memberikan penghargaan kepada karyawan yang berprestasi. Namun sistem ini tidak bisa dijadikan alat untuk memprediksi kinerja pada pekerjaan lain, karena keterampilan yang berbeda diperlukan untuk pekerjaan baru (belum tentu karyawan yang baik di marketing misalnya, dapat menjadi supervisor yang baik pula).
 - d. Kenalan tenaga kerja lama. Para karyawan dapat memberitahukan kepada pelamar-pelamar tentang adanya lowongan pekerjaan dan mendorong mereka untuk melamar. Pelamar-pelamar eksternal direkrut dengan sumber informasi internal.
 - e. Bank data perekrutan internal. Para petugas perekrutan melakukan identifikasi calon potensial yang ada di bank data yang terkomputerisasi.

Kedua. Perekrutan eksternal. Menurut Dessler (2008), perekrutan ini dapat dilakukan dengan menggunakan sumber dari luar dan mencakup: periklanan, agen-agen pekerjaan, perekrutan dari perguruan tinggi, dan merekrut dari internet. Apapun sistem perekrutan pegawai yang digunakan, ada hal penting yang perlu selalu diperhatikan yaitu mutu yang dimiliki calon

⁷ Hasibuan, Ibid.

tenaga kerja. Untuk itu, bagian kepegawaian harus mengupayakan agar dapat memperoleh pegawai yang baik dalam jenis dan jumlah maupun waktunya yang tepat, sehingga mereka kelak dapat melaksanakan usaha guna mencapai tujuan organisasi yang baik.

Mutu Pelayanan di Puskesmas

Menurut Donabedian⁸, mutu dapat dipandang dari perspektif sistem sebagai struktur, proses, dan hasil akhir. Komponen struktur dari mutu mencakup materi dan sumber daya manusia pada suatu organisasi dan fasilitas organisasi itu sendiri. Dengan kata lain, komponen struktur mencakup mutu lingkungan dan manusianya, baik di rumah sakit atau puskesmas (faskes). Proses merupakan aktivitas aktual perawatan pasien dan semua aktivitas penunjang lain yang berkaitan dengan interaksi antara pasien dan penyedia pelayanan. Hasil akhir merupakan status kesehatan akhir dari pasien. Dengan demikian, yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Pasien melihat pelayanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Itu semua terakumulasi dalam suatu sikap puas dari pasien. Pandangan pasien sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali. Dimensi mutu pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kepuasan pasien dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat dan kesejahteraan masyarakat. Pasien sering menganggap bahwa dimensi efektivitas, akses, hubungan antar-manusia, kesinambungan, dan kenyamanan sebagai suatu dimensi mutu pelayanan kesehatan yang sangat penting. Pemberi layanan kesehatan harus memahami status kesehatan dan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat yang dilayaninya dan mendidik masyarakat tentang pelayanan kesehatan dasar dan melibatkan masyarakat dalam menentukan bagaimana cara yang paling efektif menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Masyarakat tidak akan mampu menilai dimensi kompetensi teknis dan tidak mengetahui pelayanan kesehatan apa yang dibutuhkannya. Agar dapat menjawab pertanyaan tersebut, perlu

dibangun suatu hubungan yang saling percaya antara pemberian pelayanan kesehatan atau *provider* dengan pasien sehingga tercapai suatu kepuasan dari kedua belah pihak.

Menurut Porter, kepuasan adalah selisih dari banyaknya sesuatu yang "seharusnya ada" dengan banyaknya "apa yang ada". Wexley dan Yukl, lebih menegaskan bahwa seseorang akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara sesuatu atau kondisi yang diinginkan dengan kondisi aktual. Semakin besar kekurangan dan semakin banyak hal penting yang diinginkan, semakin besar rasa ketidakpuasan.⁹ Secara teoritis, definisi tersebut dapat diartikan, bahwa semakin tinggi selisih antara kebutuhan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai keinginan pasien dengan pelayanan yang telah diterimanya, maka akan terjadi rasa ketidakpuasan pasien. Pasien akan memberikan penilaian (reaksi afeksi) terhadap berbagai kegiatan Pelayanan kesehatan yang diterimanya maupun terhadap sarana dan prasarana kesehatan yang terkait dengan penyelenggaraan Pelayanan kesehatan. Aspek pengalaman pasien di puskesmas, dapat diartikan sebagai suatu perlakuan atau tindakan pihak puskesmas yang sedang atau pernah dijalani, dirasakan, dan ditanggung oleh seseorang yang membutuhkan Pelayanan puskesmas.

Dalam praktik sehari-hari melakukan penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan tidak mudah. Penyebab utamanya karena mutu pelayanan tersebut bersifat multi-dimensional. Perbedaan perspektif tersebut antara lain disebabkan karena adanya perbedaan dalam latar belakang, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pengalaman, lingkungan, dan kepentingan.¹⁰ Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. **Pertama**, faktor konsumen, yaitu apakah pelayanan kesehatan itu memenuhi kebutuhan dan harapan konsumen/pasien. **Kedua**, faktor profesi, yaitu apakah Pelayanan kesehatan memenuhi kebutuhan pasien/konsumen, seperti yang ditentukan profesi pelayanan kesehatan. Dimensi ini akan diukur dengan menggunakan prosedur atau standar profesi yang diyakini akan memberi hasil dan kemudian hasil itu dapat pula diamati. **Ketiga**, faktor manajemen, yaitu bagaimana proses pelayanan kesehatan menggunakan sumber daya yang paling efisien dalam memenuhi kebutuhan dan harapan/keinginan pasien/konsumen tersebut.¹¹ Faktor penting lainnya yang dapat berpengaruh pada mutu pelayanan

⁸ Buchbinder, Sharon. B (ed). 2007. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.

⁹ Utama Surya, *Ibid*, hal. 27.

¹⁰ Pohan Imbalo S, 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta EGC. hal. 13.

¹¹ *Ibid*, hal. 16-17.

kesehatan adalah biaya pelayanan kesehatan yang juga harus bermutu (selanjutnya disebut biaya mutu). Menurut W. Eswars Demings, salah seorang pioner mutu menyatakan bahwa dimungkinkan untuk menghemat sebanyak 30% pengeluaran operasional organisasi dengan cara memecahkan masalah mutu, seperti: kesalahan, keluhan yang seharusnya dapat dihindarkan, kelalaian, upaya yang mubazir, sistem yang tidak efisien, tenaga yang tidak terlatih, dan masalah lain.¹²

METODE PENELITIAN

Kajian ini menggunakan metode deskriptif analisis. Metode ini berfungsi untuk mendeskriptifkan atau memberi gambaran terhadap objek yang diteliti melalui data yang telah terkumpul dengan melakukan analisis dan membuat kesimpulan yang berlaku umum. Data yang digunakan didapat dengan cara penelusuran literatur terhadap studi terdahulu yang berkaitan dengan manajemen sumber daya manusia dan pelayanan kesehatan di puskesmas. Penelusuran literatur dilakukan dengan mempelajari buku-buku, jurnal, kerangan ilmiah, surat kabar, website serta dokumen yang berkaitan dengan permasalahan tersebut. Data yang didapat dari berbagai sumber tersebut kemudian diolah dan dilakukan analisis secara kualitatif. Analisis data kualitatif dilakukan melalui tiga langkah yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan simpulan. Reduksi data dilakukan agar data yang berasal dari berbagai sumber tersebut dapat dipahami. Oleh karena itu dalam reduksi data ini penulis melakukan editing dan kategorisasi data sesuai dengan masalah dan tujuan yang telah ditetapkan dalam penulisan ini. Langkah selanjutnya dilakukan penyajian data dan penarikan kesimpulan.

PEMBAHASAN

A. Masalah Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Puskesmas

Puskesmas merupakan UPTD Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinkes Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Terkait dengan mutu pelayanan di puskesmas, saat ini kegiatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas rata-rata masih berupa kegiatan rutinitas dan relatif identik/tidak berbeda sedikit pun satu sama lain

karena terlalu berpatokan pada peraturan yang telah ditetapkan. Perkembangannya cenderung statis, padahal Puskesmas dituntut untuk selalu berinovasi mengadakan kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat yang juga selalu dinamis.¹³

Mutu pelayanan kesehatan di puskesmas juga masih sering dikeluhkan oleh masyarakat. Sebagai contoh, pelayanan kesehatan yang ada di puskesmas Kelurahan Binanga, Kabupaten Mamuju Sulawesi Barat, yang dikeluhkan oleh sejumlah pasiennya karena pendaftaran pelayanan puskesmas kepada pasien di puskesmas tersebut hanya dilakukan sampai kurang dari pukul 10.00 wita. Selain itu, pengadaan kegiatan juga tidak disesuaikan dengan situasi dan kondisi daerah setempat, tetapi hanya berupa kegiatan program rutin yang tanpa didasari hasil analisis kebutuhan di masyarakat. Ada kalanya kegiatan yang ada tersebut justru tidak berorientasi pada masalah yang seharusnya penting untuk segera diselesaikan. Seharusnya Puskesmas memperhatikan masyarakat yang dalam hal ini menentukan keberhasilan dan ketepatan program pelayanan kesehatan di Puskesmas sesuai kondisinya. Karena situasi dan kondisi di tengah masyarakatlah yang menentukan secara objektif tingkat posisi partisipasi mereka dalam program-program Puskesmas, bukan keputusan sepihak birokrasi yang selalu cenderung menafikan potensi masyarakat yang pada akhirnya sering menempatkan masyarakat hanya sebagai objek.¹⁴

Demikian pula dengan puskesmas Batujajar Kabupaten Bandung Barat Jawa Barat yang kondisinya sangat tidak memadai bahkan memprihatinkan, Puskesmas Sukaluyu Kabupaten Cianjur Jawa Barat dikeluhkan oleh warga mengenai pelayanan puskesmas yang kurang maksimal karena jam pelayanan Puskesmas yang hanya buka sampai Pk. 12.00 WIB padahal jam kerja dimulai dari pukul 08.00 WIB hingga pukul 15.30 WIB, dengan istirahat selama satu jam (kecuali puskesmas dengan rawat inap).¹⁵

Keluhan atas pelayanan puskesmas juga pernah dialami warga di Kelurahan Palmerah Jakarta, dimana puskesmas kelurahan palmerah hanya buka pada pkl.

¹³ Analisis Implementasi Kepmenkes No.128 Tahun 2004 Tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, <http://pkmtanjungpalasutara.blogspot.com/2012/03/analisis-implementasi-kepmenkes-no128.html>, diakses 6-4-2014.

¹⁴ Daniel, ed, 2010, *Pelayanan Pasien di Puskesmas Mamuju di Keluhkan*, Mamuju: Antara News, 4 Maret 2010, <http://www.antara-sulawesiselatan.com/berita/13358/profil-antara diakses 10-4-2014>.

¹⁵ *Terkait Keluhan Warga Terhadap Pelayanan Puskesmas Sukaluyu*, Dinkes Cianjur Akan Panggil Kepala Puskesmasnya, Kabar Cianjur, 20 Desember 2012, <http://www.kabarcianjur.com/2012/12/terkait-keluhan-warga-terhadap.html?m=0>, diakses 11-4-2014.

¹² *op cit*, hal. 17.

Tabel 1. Sebaran Tenaga Kesehatan Berdasarkan Kesesuaian Terhadap Standar Puskesmas

TENAGA KESEHATAN	JML PUSK	SESUAI STANDAR	TIDAK SESUAI STANDAR			
			> Standar		< Standar	
		JML PUSK	JML PUSK	KELEBIHAN NAKES	JML PUSK	KEKURANGAN NAKES
Dokter Umum	9,315	3,577	3,746	7,150	1,992	2,269
Bidan		490	7,082	65,464	1,743	4,485

Sumber: BPPSDMK Kemenkes

08.00-11.00 dan ketika warga datang pkl. 10.30, loket seringkali tutup atau buka namun tidak mau menerima pasien. Bahkan pada tgl 16 November 2012, waktu pelayanan hanya sampai pkl. 08.30 dan ketika ada warga yang datang lewat dari pkl. 08.30 di tolak. Selain itu pihak puskesmas juga melakukan pembatasan jumlah pasien yang dilayani dalam satu harinya yaitu hanya sampai 60 orang, sehingga walaupun masih jam 9 tapi telah mencapai 60 orang maka pihak puskesmas tidak mau menerima pasien lagi.¹⁶ Sejatinya fungsi puskesmas sangat strategis dalam upaya pembangunan kesehatan masyarakat. Selain mudah dijangkau, biaya yang harus dikeluarkan oleh masyarakat tidak terlalu mahal. Sebab, sampai saat ini keberadaan puskesmas sudah merata di tiap daerah. Belum lagi dengan adanya puskesmas pembantu, sesungguhnya mampu melayani masyarakat dengan cepat dan murah.¹⁷

Keluhan-keluhan pelayanan puskesmas tersebut disebabkan karena masih terbatasnya ketersediaan sumber daya manusia kesehatan di puskesmas sehingga beban kerja yang harus ditanggung melebihi kapasitas yang seharusnya. Terbatasnya sumber daya manusia di puskesmas tersebut umumnya dikarenakan distribusinya yang tidak merata dan belum sesuai dengan standar kebutuhan minimal SDM di puskesmas (lihat tabel 1). Sumber Daya Manusia kesehatan di Puskesmas berperan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan. Selama menjalankan peran tersebut diharapkan tugas pokok dan fungsi (tupoksi) tenaga kesehatan sesuai dengan pendidikan dan keterampilan yang mereka miliki. Karena dalam subsistem SDM kesehatan, tenaga kesehatan merupakan unsur utama yang mendukung subsistem kesehatan lainnya. Mutu tenaga kesehatan

Tabel 2. Kebutuhan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Tahun 2014

TENAGA KESEHATAN	KEADAAN	KEBUTUHAN STANDAR	SELISIH (+/-)
Dokter Umum	17.152	12.645	4.507
Dokter Gigi	6.610	9.568	-2.958
Perawat	107.284	72.793	34.491
Perawat Gigi	10.027	9.568	459
Bidan	104.151	44.426	59.725
Asisten Apoteker	7.575	9.568	-1.993
S. Farmasi & Apoteker	2.464	3.077	-613
Kesehatan Masyarakat	21.723	9.568	12.155
Sanitarian	10.746	9.568	1.178
Tenaga Gizi	9.883	9.568	315
Analisis Kesehatan	5.548	9.568	-4.020

Sumber: BPPSDMK Kemenkes

¹⁶ Keluhan tentang pelayanan puskesmas di kelurahan Palmerah, Jakarta 1 Maret 2013, <http://prov.jakarta.go.id/opinipublik/aspikasi/2013/03/keluhan-tentang-pelayanan-puskesmas-di-kelurahan-palmerah>, diakses 11-4-2014.

¹⁷ Pelayanan Puskesmas masih Dikeluhkan, Bali Pos 13 Oktober 2004

yang ada di Puskesmas juga merupakan manifestasi dari profesionalisme tenaga kesehatan dalam melaksanakan peran dan fungsi Puskesmas. Berikut ini gambaran umum kondisi ketersediaan tenaga kesehatan puskesmas di Indonesia.

Pada tabel 2 terlihat bahwa masih ada beberapa jenis tenaga kesehatan yang belum sesuai dengan standar kebutuhan di puskesmas seperti: tenaga analis kesehatan (-4.020), dokter gigi (-2.958), asisten apoteker (-1.993), dan sarjana farmasi & apoteker (-613). Selain jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang masih kurang, kondisi tenaga kesehatan dengan status PNS juga masih kurang. Sebagai contoh di Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Barat, tercatat bahwa dari 22 puskesmas masih ada 5 puskesmas yang tenaga kesehatan PNS-nya kurang dari 5 orang per puskesmas (lihat tabel 3).

memenuhi standar minimum ketersediaan jenis tenaga kesehatan. Selain itu, ada juga beberapa puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan dengan status PNS lebih dari 20 orang. Sesuai Kepmenkes No. 81 Tahun 2004, setiap puskesmas terdapat standar kapasitas tenaga kesehatannya. Seperti misalnya untuk puskesmas di daerah perkotaan kapasitasnya 20 orang tenaga kesehatan termasuk tenaga administrasi dan manajemen puskesmas (lihat tabel 4). Selama ini tenaga kesehatan yang bertugas di puskesmas sebagian besar adalah tenaga kontrak dan PTT. Bahkan tidak sedikit dari mereka yang sudah lebih dari

Tabel 3. Jenis Tenaga PNS di Puskesmas di Kabupaten Mamuju Sulawesi Barat Tahun 2014

No.	Unit Kerja	Perawat	Perawat Gigi	Bidan	Kesling	Gizi	Analisis	Tng. Kefarmasian	Dokter	Dokter Gigi	Kesmas	Rekam Medis	Jumlah	Non Kes
1.	Puskesmas Binanga	18	4	7	1	1	1	2	2	1	-	-	31	2
2.	Puskesmas Bambu	8	1	6	1	-	1	-	1	1	-	-	19	2
3.	Puskesmas Salissingan	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
4.	Puskesmas Rangas	15	2	9	1	2	1	2	4	1	1	-	38	1
5.	Puskesmas Botteng	5	1	1	-	-	-	1	1	1	3	-	13	-
6.	Puskesmas Tapalang	11	1	4	-	-	1	1	1	1	1	-	21	6
7.	Puskesmas Dungkait	6	-	3	-	1	-	-	1	-	1	-	12	3
8.	Puskesmas Tampa Padang	15	1	5	-	-	1	-	2	1	2	-	27	2
9.	Puskesmas Beru-Beru	9	-	3	-	-	-	1	1	1	3	-	18	-
10.	Puskesmas Ranga-Ranga	4	-	-	2	-	1	-	-	-	1	-	8	1
11.	Puskesmas Keang	2	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	4	-
12.	Puskesmas Topore	5	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	14	1
13.	Puskesmas Tarailu	5	-	2	-	-	1	-	1	2	-	-	11	3
14.	Puskesmas Tommo	4	-	3	-	-	-	-	2	-	-	-	5	-
15.	Puskesmas Campaloga	5	-	2	-	-	-	-	1	-	1	-	9	-
16.	Puskesmas Leling	3	1	2	-	-	-	-	1	-	-	-	7	-
17.	Puskesmas Buttuada	4	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	7	1
18.	Puskesmas Bonehau	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1
19.	Puskesmas Kalumpang	2	-	3	-	2	1	-	-	-	-	-	8	1
20.	Puskesmas Karataun	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
21.	Puskesmas Karama	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	2	1
22.	Puskesmas Hinua	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-

Sumber: Dinkes Kab. Mamuju

Jika dilihat jenis tenaga kesehatan yang harus tersedia di puskesmas, pada tabel 3 menunjukkan bahwa distribusi tenaga kesehatan puskesmas masih belum merata. Masih banyak puskesmas yang belum

4 tahun bahkan ada yang sudah bertugas selama 20 tahun tetapi belum juga diangkat menjadi PNS.¹⁸

¹⁸ *Ibid*

Terkait pengadaan dan distribusi tenaga kesehatan, selama ini tiap tahun Dinkes Kabupaten sudah mengusulkan kebutuhan tenaga kesehatan sesuai dengan standar kebutuhan dari masing-masing puskesmas. Namun karena untuk merekrut PNS baru pemerintah daerah tidak mampu, maka tenaga kesehatan yang diangkat adalah tenaga honorer dan kontrak. Pada tahun 2015 akan diangkat banyak tenaga kesehatan kontrak yang dananya berasal dari kapitasi BPJS.

Kondisi tersebut merupakan contoh masalah sumber daya manusia kesehatan yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan di puskesmas dan menjadi tantangan tersendiri bagi Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk dapat memenuhi kecukupan ketersediaan tenaga kesehatan di puskesmas. Khusus di Kabupaten Mamuju, ditemukan juga kasus bahwa ada seorang tenaga kesehatan di pindah tugaskan dari puskesmas provinsi ke puskesmas kabupaten sedangkan karena alasan

Tabel 4. Pola Ketenagaan Minimal Yang Wajib Dimiliki Puskesmas

No.	Jenis Tenaga	Puskesmas		
		Non Perawatan	Perawatan	DTPK
1.	Dokter Umum	1	2	2
2.	Dokter Gigi	1	1	1
3.	Apoteker	0	1	0
4.	Kesmas (S1)	1	1	1
5.	Perawat (S1)	0	1	1
6.	Promkes (D4)	1	1	1
7.	Epidemiologis (D4)	1	1	1
8.	Bidan (D3)	4	6	4
9.	Perawat (D3)	6	10	8
10.	Sanitarian (D3)	1	1	1
11.	Gizi (D3)	1	1	1
12.	Perawat Gigi (D3)	1	1	1
13.	Asisten Apoteker	1	1	1
14.	Analisis (D3)	1	1	1
15.	Tenaga Pendukung/Juru (SMK Kesehatan)	1	1	1
Jumlah		21	30	25

Keterangan:

- Jumlah bidan desa sesuai dengan jumlah desa di wilayah kerja puskesmas.
- Tabel diatas tidak termasuk tenaga untuk puskesmas pembantu.
- Jumlah juru (SMK Kesehatan) sama dengan jumlah desa di wilayah kerja puskesmas.
- DTPK: Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan.

Sedangkan untuk penyelenggaraan manajemen puskesmas minimal diperlukan tenaga sebagai berikut: keluarga yang tidak mau ikut pindah ke wilayah yang baru maka ia juga masih tetap berdomisili di

Tabel 5. Pola Kebutuhan SDM Untuk Penyelenggaraan Manajemen Puskesmas

No.	Jenis Tenaga	Jumlah
1.	Ka. Subag Tata Usaha (Min D3 Kes)	1
2.	Staf Pencatatan pelaporan (D3 Kes)	1
3.	Staf Administrasi (SMA/SMK Ekonomi/Akutansi, dll)	2
4.	Juru Mudi	1
5.	Penjaga Puskesmas	1
Jumlah		6

tempat yang lama. Akibatnya keberadaan tenaga kesehatan tersebut di puskesmas yang baru menjadi tidak efektif. Ketidak efektifan tersebut terjadi dikarenakan secara geografi jarak tempuh antara tempat tinggal dengan puskesmas tempat ia bertugas jauh, sehingga menyebabkan tenaga kesehatan tersebut jarang datang bertugas ke puskesmas dan walaupun datang ia sering terlambat. Dapat juga terjadi kasus dimana ada lulusan tenaga kesehatan yang sudah ditempatkan di sebuah puskesmas di wilayah tertentu, kemudian setelah menikah ia harus pindah mengikuti suaminya bertugas. Akibatnya posisi tenaga kesehatan tersebut menjadi kosong. Untuk mendapatkan penggantinya memerlukan waktu yang tidak sebentar. Hal ini menjadi dilema bagi Dinkes Kabupaten Mamuju.

Terkait dengan pengadaan tenaga kesehatan. Selama ini keberadaan Dinkes Kabupaten Mamuju tidak memiliki kewenangan penuh untuk distribusi atau penempatan bagi tenaga kesehatan puskesmas di wilayahnya. Pernah ada kasus, seorang tenaga kesehatan puskesmas daerah yang letaknya bukan di perkotaan meminta kepada pihak Dinkes Kabupaten Mamuju dipindahkan ke puskesmas di daerah perkotaan dimana istri dan anaknya tinggal. Tetapi karena pertimbangan bahwa puskesmas di perkotaan jumlah tenaga kesehatannya sudah melebihi standar kapasitas yang seharusnya maka tenaga kesehatan tersebut tidak mendapat persetujuan. Namun beberapa waktu kemudian, tiba-tiba pihak Dinkes Kabupaten Mamuju mendapatkan Surat Keputusan

pindah dari tenaga kesehatan tersebut ke rumah sakit umum provinsi. Itu artinya ia pindah dari tenaga kesehatan Dinkes Kabupaten menjadi tenaga kesehatan Dinkes Provinsi tanpa meminta izin dan rekomendasi terlebih dahulu dari kepala Dinkes Kabupaten.

Di sisi lain, pemberlakuan system kapitasi berpengaruh pada puskesmas yang memiliki jumlah tenagakesehatan sedikit. Karena biasanya puskesmas-puskesmas tersebut minim tenaga kesehatan dan itu berarti besaran kapitasi yang didapat juga kecil. Di Mamuju puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan sedikit umumnya adalah puskesmas yang berada di daerah terpencil atau dengan kondisi geografi yang sulit dijangkau seperti di pegunungan. Kondisi ini akan semakin tidak menarik bagi tenaga kesehatan untuk bekerja di sana. Untuk itu, Kadinkes Kab. Mamuju mengusulkan agar penentuan besaran kapitasi tidak hanya didasarkan jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang ada di puskesmas, tetapi kondisi geografi juga dipertimbangkan sehingga para tenaga kesehatan tertarik untuk bekerja di puskesmas di daerah terpencil, kepulauan atau pegunungan dan tidak hanya berkumpul di kota. Terkait kesejahteraan yang diterima oleh para tenaga kesehatan puskesmas, untuk tenaga kesehatan yang berada di puskesmas di daerah pegunungan, pemerintah daerah Mamuju telah mengeluarkan kebijakan untuk puskesmas yang berada di daerah khusus yaitu adanya penambahan uang kinerja untuk semua tenaga kesehatan di puskesmas sebesar 1 juta rupiah.

Tabel 6. Ketersediaan Tenaga Kesehatan Di Kabupaten Nunukan Tahun 2017

No.	Jenis Profesi Tenaga Kesehatan	Status Kepegawaian	
		PNS	Non PNS
1.	Dokter Umum	41	1
2.	Dokter Gigi	42	1
3.	S1 Farmasi	3	3
4.	S1 Kesehatan Masyarakat	33	47
5.	Perawat	122	178
6.	Bidan	101	156
7.	Apoteker	10	21
8.	D3 Farmasi	12	9
9.	Kesehatan Lingkungan	13	2
10.	Analisis Kesehatan	6	14
11.	Gizi	11	4
Jumlah		394	436
Total Jumlah		830	

Sumber: Dinkes Kabupaten Nunukan, 2017

Jika merujuk pada Kepmenkes No. 81 Tahun 2004 dan berdasarkan uraian diatas maka sebagian besar puskesmas di Mamuju tidak memenuhi standar minimal jenis tenaga kesehatan yang harus tersedia di puskesmas (lihat table 3). Akibatnya selain beban kerja yang akan menjadi besar, pekerjaan yang dilakukan tenaga kesehatan di puskesmas juga tidak sesuai dengan latar belakang pendidikannya. Bahkan dari temuan di lapangan ada kepala puskesmas yang latar belakang pendidikannya non kesehatan (sarjana agama). Kondisi ini tentu saja akan berpengaruh pada manajemen kinerja puskesmas. Contoh lain dapat dilihat pada ketersediaan tenaga kesehatan puskesmas di Kabupaten Nunukan sebagaimana tercantum pada tabel 6.

PNS menjadi PNS pada tahun 2016, namun khusus di Kabupaten Nunukan banyak yang tidak lulus tes seleksi. Akibatnya tidak dapat diangkat menjadi PNS dan fasilitas pelayanan kesehatan banyak dilayani oleh tenaga non PNS. Kondisi ini sangat menyulitkan bagi manajemen penyelenggara institusi pelayanan kesehatan puskesmas dalam penempatan SDM pada saat penyusunan struktur organisasi dan pembagian tugas. Terbatasnya ketersediaan SDM tentunya akan berdampak pada beban kerja yang harus ditanggung oleh masing-masing tenaga kesehatan di institusi pelayanan kesehatan. Jika dilihat sebaran tenaga kesehatan untuk tiap puskesmas, maka sebagian besar puskesmas di Nunukan belum mempunyai tenaga S1 Farmasi dan analis kesehatan (lihat tabel 7).

Tabel 7. Ketersediaan Tenaga Kesehatan Puskesmas di Kabupaten Nunukan Tahun 2017

No.	Jenis Profesi	Puskes Seimenggaris		Puskes Taiwan		Puskes Sedadap		Puskes Pembeliangan		Puskes Long Kayu		Puskes Stabu		Puskes Sanur		Puskes Atap		Puskes Long Bawan		Puskes Mansalong		Puskes Tanjung Harapan		Puskes Lapri		Puskes Sungai Nyamuk	
		PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS	PNS	Non PNS
1	Dokter Umum	2		2		3		5		1		4		2		2		1	1	2		1		1		4	
2	Dokter Gigi	1		2		1	1				1		1		1				1		1		1		1		1
3	S1 Farmasi	1																									1
4	S1 KesMas	1	2	3	2	2	1		5		1	3	2	2	1		3		3		2	1	2	1	1	1	3
5	Perawat	8		1	10	18	11	3	17	3	4	4	12	7	9	8	7	5	16	7	5	4	8	5	8	12	17
6	Bidan	5	10	1	11	11	10	7	18	5	3	4	10	8	9	5	11	9	15	8	5	2	3	2	7	8	7
7	Apoteker		10	1		1	1		1		1	1					1	1	1		1				1	1	1
8	D3 Farmasi			1	1	1		1	1		1			1				1	1			1	1	1		1	1
9	KesLing	1				1								1		2		1		1	1					1	
10	Analis Kesehatan				1		1	1				1							3		1		1		1	1	1
11	Gizi	1						1		1		1		1		1		1		1		1		1	1	1	
Jumlah		20	22	11	25	37	25	19	42	10	10	18	25	23	19	19	22	19	40	20	15	10	16	11	19	31	31
Total Jumlah		42		36		62		61		20		43		42		41		59		35		26		30		62	

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan, 2017

Pada tabel diatas menunjukkan bahwa ada beberapa profesi tenaga kesehatan dengan status kepegawaian non PNS jumlahnya lebih banyak dibanding dengan profesi tenaga kesehatan dengan status kepegawaian PNS, yaitu S1 Kesehatan Masyarakat, perawat, bidan, apoteker, dan analis kesehatan. Kondisi ini dikarenakan selama ini formasi penerimaan PNS untuk jenis profesi tersebut diatas sepenuhnya hanya didasarkan pada formasi penerimaan PNS yang diadakan oleh pemerintah pusat. Namun selama tiga tahun terakhir pengadaan PNS jenis profesi tersebut untuk Kabupaten Nunukan belum ada. Sedangkan untuk program pemerintah pusat berupa pengangkatan bidan Non

Tabel 7 menunjukkan bahwa ketersediaan SDM masih belum memadai dan merata. Seperti di Puskesmas Tanjung Harapan dan Puskesmas Lapri masih belum memiliki tenaga S1 Farmasi dan kesehatan lingkungan, sedangkan untuk tenaga analis kesehatan dan gizi selama ini hanya ada petugas yang berstatus tidak tetap/non PNS.

Krisis tenaga kesehatan di puskesmas mempengaruhi fungsi puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan masyarakat. Terbatasnya jumlah dokter berdampak pada beban kerja yang harus ditanggung oleh dokter dan perawat. Sebagai contoh, di puskesmas rawat inap Ibrahim Adji, hanya memiliki 1 orang dokter

umum yang tugasnya selain memberikan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan program kesmas, juga terlibat dalam penyelenggaraan manajemen puskesmas. Maka ketika ia harus menghadiri rapat/kegiatan terkait penyelenggaraan manajemen puskesmas, maka pada hari tersebut ia tidak dapat melaksanakan kewajibannya memberikan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan program kesmas. Akibatnya tanggungjawab tersebut dilimpahkan kepada dokter kontrak. Itu berarti beban kerja dokter kontrak tersebut menjadi bertambah. Karena ia harus menjalankan kewajiban dokter lain selain tugasnya sendiri sebagai dokter kontrak di puskesmas. Tidak jarang selepas jaga malam, ia harus memberikan pelayanan rawat jalan dulu sebelum pulang untuk istirahat. Kondisi ini juga dialami oleh perawat, dimana selain menjalankan tupoksinya sebagai perawat, mereka juga harus menggantikan melakukan pemeriksaan pasien dan pengobatan seperti dokter (96,7%).

Puskesmas sebagai pelaksana UKM, menitikberatkan pada upaya peningkatan dan pencegahan. Untuk itu tenaga kesehatan di puskesmas selain harus memberikan pelayanan terkait upaya kuratif, juga harus memberikan pelayanan terkait kegiatan program promotif dan preventif kepada masyarakat. Namun demikian karena jumlah program yang harus dilakukan tidak seimbang dengan ketersediaan SDM di puskesmas. Maka 73,3% tenaga kesehatan di puskesmas Bandung melakukan tugas tambahan diluar tupoksinya.

Di sisi lain, beban kerja dan tanggung jawab yang besar, masih belum diimbangi dengan ketersediaan sarana yang cukup. Tidak jarang tenaga kesehatan harus menggunakan sarana milik pribadi untuk menjalankan tugasnya (seperti alat ukur untuk mengetahui status gizi anak, komputer untuk membuat bahan penyuluhan, dan lain-lain). Selain itu, dukungan untuk meningkatkan kompetensi dan kemampuan melalui pemberian beasiswa juga belum ada. Selama ini beasiswa baru ada untuk program dokter spesialis. Sedangkan untuk tenaga kesehatan lainnya belum ada. Biasanya tenaga kesehatan di puskesmas Bandung melanjutkan pendidikannya dengan biaya sendiri dan dilaksanakan diluar jam bertugas (sore hari atau saat *week end*).

Kondisi tersebut diatas tidak saja dialami oleh tenaga kesehatan yang berstatus kepegawaian PNS, tetapi juga pada tenaga kesehatan kontrak, PTT, dan sukarela. Rendahnya formasi tenaga kesehatan PNS di puskesmas menyebabkan jumlah tenaga kesehatan kontrak dan sukarela lebih banyak. Namun demikian kesejahteraan dan kepastian status kepegawaian yang mereka miliki jauh lebih rendah, apalagi untuk peningkatan kompetensi (tidak ada). Selain itu,

untuk puskesmas di daerah tertinggal dan terpencil, permasalahan ketenagaan yang dialaminya adalah rasio tenaga kesehatan per puskesmas yang lebih kecil (tidak semua puskesmas mempunyai tenaga dokter), jangkauan desa terpencil yang lebih luas, dan proporsi pegawai PNS yang lebih sedikit, dukungan pustu dan polindes yang lebih sedikit, harapan terhadap insentif yang sangat tinggi, serta rencana kepindahan yang lebih tinggi (belum memenuhi pola ketenagaan minimal yang wajib seperti tercantum pada tabel 4). Adapun jenis insentif yang paling diharapkan oleh petugas Puskesmas adalah gaji/tunjangan yang lebih baik, peningkatan karir, dan penyediaan fasilitas.

Biasanya untuk mengatasi puskesmas yang kekurangan tenaga dokter, dikeluarkan kebijakan melalui pendelegasian kewenangan yaitu memberikan kewenangan kepada tenaga perawat untuk melakukan peran sebagai seorang dokter seperti memberikan pengobatan. Kewenangan ini hanya berlaku untuk daerah tertentu saja. Artinya tenaga perawat tidak boleh melakukan praktik sebagai dokter di puskesmas lainnya. Selain itu kewenanga pada perawat bisa juga diberikan jika tidak ada bidan. Perawat diperbolehkan melakukan pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan. Kewenangan diberikan juga kepada dokter umum untuk dapat melakukan peran dokter spesialis anak atau dokter anestesi dengan catatan didaerah tersebut tidak ada satupun dokter spesialisnya dan hanya boleh dilakukan didaerah tersebut untuk waktu tertentu. Kondisi ini tentunya tidak adil karena disatu sisi akan meningkatkan beban kerja yang harus ditanggung perawat tersebut sedangkan besaran tunjangan kinerja yang diterima hanya sesuai dengan jabatan fungsionalnya (sebagai perawat).

Terkait pelaksanaan dan pembiayaan diklat bagi tenaga kesehatan puskesmas, selama ini masih terbatas pada program diklat yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat (BPPSDMK) atau pemerintah daerah saja dan untuk tenaga kesehatan PNS saja (tanpa biaya akomodasi dan transport). Selain itu, umumnya puskesmas tidak memiliki pos anggaran untuk diklat sedangkan anggaran di dinkes kabupaten/kota untuk khusus program diklat sangat minim, bahkan tidak semua dinkes kabupaten/kota yang memiliki anggaran khusus untuk program diklat (hanya mengandalkan program diklat dari pusat/BPPSDMK). Akibatnya tenaga kesehatan berada dalam posisi yang pasif hanya menunggu penugasan/undangan untuk mengikuti diklat dari program pemerintah atau pemerintah daerah. Terkadang karena tenaga kesehatan PNS di puskesmas terbatas maka bisa jadi satu orang PNS mengikuti program diklat yang sama lebih dari satu kali. Pemerataan

peningkatan pengetahuan tidak terjadi pada semua tenaga kesehatan di puskesmas. Mutu pelayanan di puskesmas menjadi tanggung jawab semua tenaga kesehatan yang ada di puskesmas (tenaga kesehatan dengan status PNS dan non PNS).

Berdasarkan kasus-kasus seperti yang sudah diuraikan diatas, maka secara garis besar masalah sumber daya manusia kesehatan yang dihadapi di puskesmas dan berpengaruh pada beban kerja dan pada akhirnya mutu pelayanan puskesmas, terbagi menjadi dua kategori yaitu pertama, masalah ketersediaan tenaga kesehatan termasuk jenis profesi tenaga kesehatan dan sebarannya. Kedua, masalah kompetensi yang meliputi pengetahuan, kemampuan atau keterampilan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya. Dengan demikian, ada beberapa masalah SDM di puskesmas yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan, yaitu: belum terintegrasinya sistem perencanaan dan prosedur distribusi tenaga kesehatan; kurangnya kapasitas unit perencanaan SDMK di semua tingkat dalam pendistribusian tenaga kesehatan; kurangnya komunikasi yang baik sehingga ada perbedaan pemahaman, informasi dan pengetahuan tentang distribusi tenaga kesehatan antara unit perencanaan dan penyedia pelayanan kesehatan; kurangnya dukungan dari pemerintah daerah; perencanaan yang tidak terintegrasi diberbagai tingkat admistrasi di pemerintah daerah; serta kurangnya penyelenggaraan dan penganggaran diklat bagi tenaga kesehatan di puskesmas baik PNS maupun non PNS.

B. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Puskesmas

Menurut Kepmenkes RI No.128/Menkes/SK/II/2004, Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan dasar terdekat dengan masyarakat menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di srata pertama pelayanan kesehatan. Upaya kesehatan puskesmas meliputi upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan.

Menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas Pasal 6, ada 3 (tiga) fungsi puskesmas, yaitu: pertama, penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya. Puskesmas dalam hal ini berwenang: melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan; melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan

kesehatan; melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan; menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait; melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat; melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas; memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan; melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan; dan memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Kedua. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di tingkat pertama di wilayah kerjanya. Puskesmas berwenang untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu; menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif; menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat; menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung; menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi; melaksanakan rekam medis; melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan; melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan; mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan. Ketiga, puskesmas berfungsi sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan.

Selain itu, Puskesmas juga mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Menurut Kepmenkes RI No.128/Menkes/SK/II/2004, Puskesmas Upaya kesehatan wajib tersebut adalah:

- a. Upaya Promosi Kesehatan.
- b. Upaya Kesehatan Lingkungan.
- c. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana.
- d. Upaya Perbaikan Gizi.
- e. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular.

f. Upaya Pengobatan.

Uraian diatas menunjukkan bahwa puskesmas mempunyai peran yang sangat penting dalam pembangunan kesehatan, karena: 1). Puskesmas sebagai tulang punggung pelayanan kesehatan. Puskesmas berfungsi sebagai penapisan pertama dalam sistem rujukan. Setiap orang yang akan berobat ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut/fasyankes sekunder/rumahsakit harus meminta rujukan dulu ke puskesmas. 2). Fokus utama puskesmas adalah pelayanan primer tanpa mengabaikan pelayanan sekunder (kuratif dan rehabilitatif). Pelayanan kesehatan primer adalah promotif dan preventif yang mendorong meningkatnya peran dan kemandirian masyarakat dalam mengatasi berbagai faktor risiko kesehatan. 3). Keberhasilan pelayanan kesehatan primer akan mendukung pelaksanaan program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional), karena akan mengurangi jumlah pasien yang di rujuk. 4). Mengurangi biaya pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif. Dan 5). Pelaksanaan pelayanan kesehatan primer di daerah yang baik akan mendukung pembangunan kesehatan nasional.

Besarnya peran puskesmas tersebut, memerlukan sumber daya manusia kesehatan yang cukup dan bermutu. Karena sumber daya manusia kesehatan berperan sebagai penggerak dan pemberi pelayanan dalam pembangunan kesehatan. Dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 1 dinyatakan bahwa “tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan”.

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, menyatakan bahwa dalam perencanaan tenaga kesehatan, pemerintah dan pemerintah daerah wajib memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, baik dalam jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan. Untuk menetapkan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan tersebut sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah (PP). Namun demikian, hingga saat ini PP yang diamanatkan dalam undang-undang tenaga kesehatan tersebut belum ada dan masih diberlakukan PP No. 32 Tahun 1996 tentang tenaga kesehatan.

Dalam Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996, dinyatakan antar lain bahwa pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang

merata bagi masyarakat. Perencanaan nasional tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan jenis pelayanan yang dibutuhkan, sarana kesehatan, serta jenis dan jumlah yang sesuai. Perencanaan nasional tenaga kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Sebagai turunan dari PP tersebut, telah diterbitkan juga beberapa kebijakan Menteri Kesehatan, yaitu Kepmenkes No.850/Menkes/SK/XII/2000 yang mengatur tentang kebijakan perencanaan tenaga kesehatan untuk meningkatkan kemampuan para perencanaan pemerintah, masyarakat dan semua profesi disemua tingkatan dan Kepmenkes No. 81/Menkes/SK/I/2004 Tahun 2004, yang mengatur tentang pedoman penyusunan perencanaan sumberdaya kesehatan di tingkat provinsi, kabupaten/kota, serta rumah sakit. Pada Kepmenkes tersebut disediakan pula menu tentang metode perencanaan tenaga kesehatan untuk dipilih sesuai dengan kemauan dan kemampuan.

Terkait kebijakan penerapan tenaga kesehatan tersebut, sejak era otonomi daerah, distribusi untuk jenis tenaga kesehatan tertentu (seperti dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan bidan) disalurkan oleh pemerintah pusat. Penyaluran bidan diutamakan untuk mengisi posisi bidan desa. Jadi jejaringnya dari puskesmas, sedangkan untuk tenaga kesehatan lain menjadi tanggungjawab masing-masing pemerintah daerah dengan harapan daerah akan lebih kreatif. Biasanya disalurkan melalui jalur PNS, honorer atau PTT. Sejalan dengan amanat UU No. 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (ASN), pemerintah pusat melalui BPPSDMK (Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan) telah menawarkan kepada Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri) untuk turut serta dalam pengaturan DRP (*Distribution Recruitmant Planing*). Ada pembagian peran antara Kemenkes dengan Kemendagri. Dengan demikian apabila suatu kabupaten yang mengalami kesulitan untuk merekrut jenis tenaga kesehatan tertentu maka perekrutannya bisa diserahkan kepada provinsi. Walaupun untuk pendidikan dokter spesialis di Indonesia saat ini penyelenggaranya baru ada di 3 fakultas kedokteran (FKUI, FKUNHAS, dan FK Airlangga) dengan produksi pertahunnya sangat terbatas (800/tahun yang dibiayai pemerintah atau 400/semester).

Keberadaan BPPSDMK dalam hal ini sebagai pendukung/penggerak dari SDM kesehatan ke berbagai wilayah Indonesia. Peran BPPSDMK dalam penyelenggaraan tenaga kesehatan di puskesmas adalah membuat perkiraan perencanaan tenaga kesehatan di puskesmas. Jadi BPPSDMK memperkirakan besaran kebutuhan tenaga kesehatan di puskesmas secara nasional termasuk

tenaga pendukungnya. BPPSDMK berkoordinasi dengan Kemendagri dalam penyediaan tenaga kesehatan. Apabila ada kebutuhan/kekurangan tenaga kesehatan di suatu wilayah tertentu, BPPSDMK akan melaporkan kepada Menpan untuk dijadikan pertimbangan saat mengadakan formasi penerimaan. Sedangkan proses perekrutan selanjutnya diserahkan kepada BKD (Badan Kepegawaian Daerah). Namun demikian seringkali formasi tenaga kesehatan yang diterima dari BKD tidak sesuai dengan yang diusulkan Dinkes kabupaten/kota, padahal pihak Dinkes kabupaten/kota sudah menyusun rencana kebutuhan berdasarkan beban kerja. Akibatnya masih banyak puskesmas yang krisis tenaga kesehatan. Untuk itu perlu ada transparansi dan koordinasi lanjutan antara pihak BKD dengan Dinkes kabupaten/kota sehingga formasi tenaga kesehatan benar-benar sesuai dengan kebutuhan di puskesmas.

Pemberlakuan moratorium pegawai negeri sipil (PNS) menjadi hambatan tersendiri bagi pemerintah daerah dalam penyediaan tenaga kesehatan PNS, sedangkan anggaran pemerintah daerah sangat terbatas. Pemerintah daerah hanya dapat melakukan perekrutan untuk tenaga kesehatan honorer. Sebagai contoh, dalam rangka memenuhi kebutuhan akan ketersediaan tenaga kesehatan yang bermutu, pemerintah daerah Kabupaten Nunukan telah berupaya menyekolahkan putra-putri Kabupaten Nunukan dari SMA ke Akademi Perawat dan Akademi Kebidanan; pemerintah daerah juga telah menyekolahkan dokter umum yang ada menjadi dokter spesialis; dan pengangkatan CPNS melalui kantor BPPSDMK sebagai penyuplay. Dengan demikian ketersediaan tenaga kesehatan non PNS di kabupaten Nunukan terdiri dari tenaga kesehatan yang berasal dari program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS), Nusantara sehat (NS), Internsif, tenaga honor/kontrak.

Berbagai upaya untuk peningkatan mutu pelayanan puskesmas melalui kebijakan penyelesaian masalah ketersediaan sumber daya manusia kesehatan sudah dilakukan. Namun jika menyimak berbagai temuan masalah seputar sumber daya manusia kesehatan di puskesmas sebagaimana telah diuraikan di atas, maka secara umum lebih dari separuh kab/kota tidak menerapkan pedoman perencanaan yang ditetapkan, dengan alasan utama kurangnya sosialisasi. Karena kekurangan tenaga terjadi pada semua jenis tenaga kesehatan. Sedangkan masalah utama ketenagaan adalah terbatasnya formasi dan kemampuan pendanaan, serta proses pengadaan dan penempatan yang kurang memuaskan.

Untuk itu, sejalan dengan Peraturan Menkes Nomor 33 Tahun 2015 tentang pedoman penyusunan perencanaan kebutuhan SDM dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 tentang pedoman pemerintah daerah disesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan hukum, yang intinya menyatakan bahwa ada empat metoda dalam perencanaan dan dalam pendayagunaan tenaga kesehatan di DTPK dan daerah bermasalah kesehatan perlu mendapatkan perhatian khusus, maka pemenuhan ketersediaan tenaga kesehatan PNS yang dapat meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas, hendaknya tidak diberlakukan moratorium PNS pada penyediaan tenaga kesehatan untuk fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya puskesmas dan ditujukan di daerah non perkotaan serta DTPK (daerah tertinggal, terpencil, perbatasan, dan kepulauan). Selain itu, bagi daerah yang memiliki keterbatasan anggaran dan DTPK juga perlu dipertimbangkan adanya kebijakan penyediaan tenaga kesehatan yang sepenuhnya dilakukan oleh pemerintah pusat atas koordinasi dan usulan pemerintah daerah setempat. Penerapan kebijakan ini tentunya perlu kajian khusus agar tidak salah sasaran dan terjadi penyimpangan. Penentuan daerah yang memiliki keterbatasan anggaran juga perlu dilakukan secara cermat dan pengawasan yang ketat. Untuk itu, Kemenkes dalam hal ini BPPSDMK perlu melakukan koordinasi lintas sektor termasuk dengan pihak DPRD setempat.

Terkait peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan, dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan, pendayagunaan tenaga kesehatan yang diselenggarakan secara merata, serasi, dan seimbang serta pemberian insentif, penyediaan fasilitas dan kemudahan karir. Menurut Kepmenkes No. 81 Tahun 2004, pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan adalah upaya pengadaan tenaga kesehatan sesuai jenis, jumlah dan kualifikasi yang telah direncanakan serta peningkatan kemampuan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

Saat ini sudah banyak pemerintah daerah yang menyediakan beasiswa pada tenaga kesehatan dari daerah setempat, dengan harapan mereka akan kembali lagi ke daerah asal. Untuk itu, bagi tenaga kesehatan yang mendapatkan beasiswa harus menandatangani surat perjanjian diatas akte notaris, sehingga jika mereka lulus dan tidak kembali ke daerah asalnya harus mengembalikan biaya yang sudah diterima selama menjalani pendidikan. Namun kenyataan dilapangan masih ada saja penerima beasiswa yang tidak kembali mengabdikan ke daerah asal dan tidak juga mengembalikan biaya yang sudah diterimanya, sehingga pihak BPPSDMK harus

berupaya menagih agar mengembalikan biaya yang sudah diterima tersebut. Proses penagihan ini sering kali tidak membuahkan hasil. Untuk itu dikeluarkan kebijakan, bahwa beasiswa akan diberikan pada calon peserta yang menyertakan surat rekomendasi dari bupati setempat. Pemerintah pusat saat ini hanya memberikan beasiswa pada tenaga kesehatan tertentu yang bersifat strategis, seperti beasiswa untuk jenjang pendidikan spesialis bagi dokter/dokter gigi.

Untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan puskesmas dilakukan pendidikan dan latihan (diklat). Pelatihan tenaga kesehatan ini pelaksanaannya beragam untuk tiap puskesmas, karena disesuaikan dengan bagaimana program di puskesmasnya. Umumnya pelatihan yang ada adalah pelatihan yang berkaitan dengan *life saving* seperti ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) dan CLS (*Clinical Laboratory Scientist*). Selain itu pemerintah pusat melalui BPPSDMK juga menyediakan modul pelatihan dan memberikan training kepada calon-calon pelatih yang nantinya bisa memberikan pelatihan kepada masyarakat (tokoh masyarakat, kader) untuk mendukung pelayanan kesehatan dasar.

Berdasarkan Peraturan Menkes Nomor 33 Tahun 2015 tentang pedoman penyusunan perencanaan kebutuhan SDMK dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 tentang pedoman pemerintah daerah disesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan hukum. yang intinya menyatakan bahwa pendidikan dan pelatihan (diklat) tenaga kesehatan ditujukan untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang berkualitas, berdaya saing tinggi, serta profesional, maka perlu ada terobosan kebijakan yang berkepihakan pada semua tenaga kesehatan di puskesmas (tenaga kesehatan PNS dan non PNS). Khusus untuk pemerintah daerah (termasuk puskesmas yang sudah menerapkan manajemen BLUD) hendaknya perlu ada anggaran khusus untuk mengikuti diklat (berikut akomodasi dan transportasi) baik yang diselenggarakan oleh pemda maupun diluar pemda serta untuk peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di wilayahnya. Anggaran diklat ini juga diperuntukkan untuk keperluan uji kompetensi dari semua profesi kesehatan. Namun demikian, untuk menjaga tujuan dilakukannya diklat dan tepat sasaran khusus untuk tenaga kesehatan non PNS yang dapat mengikuti diklat sebagaimana tersebut diatas perlu dibuatkan persyaratan khusus, seperti misalnya masa kerja atau kredibilitas selama menjalankan tugasnya. Mengingat kebijakan ini rawan terjadinya ketidaktepatan sasaran dan penyimpangan maka pendampingan, pemantauan, dan evaluasi secara teratur dan berkelanjutan oleh pihak yang berkompeten perlu dilakukan.

PENUTUP

A. Kesimpulan

Keberadaan puskesmas sangat penting dalam memelihara kesehatan masyarakat. Namun selama ini puskesmas dianggap belum sepenuhnya dapat memenuhi fungsinya dengan baik karena mutu pelayanan di puskesmas masih sering dikeluhkan oleh masyarakat. Berbagai masalah SDMK di puskesmas dapat berpengaruh pada beban kerja dan pada akhirnya mutu pelayanan puskesmas meliputi: masalah ketersediaan tenaga kesehatan termasuk jenis profesi tenaga kesehatan dan sebarannya, serta masalah kompetensi yang meliputi pengetahuan, kemampuan atau keterampilan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya.

Masalah SDM di puskesmas lainnya yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan adalah: belum terintegrasinya sistem perencanaan dan prosedur distribusi tenaga kesehatan; kurangnya kapasitas unit perencanaan SDMK di semua tingkat dalam pendistribusian tenaga kesehatan; kurangnya komunikasi yang baik sehingga ada perbedaan pemahaman, informasi dan pengetahuan tentang distribusi tenaga kesehatan antara unit perencanaan dan penyedia pelayanan kesehatan; kurangnya dukungan dari pemerintah daerah; serta perencanaan yang tidak terintegrasi diberbagai tingkat admistrasi di pemerintah daerah.

Upaya peningkatan mutu pelayanan puskesmas sudah diatur dalam Peraturan Menkes Nomor 33 Tahun 2015 tentang pedoman penyusunan perencanaan kebutuhan SDMK dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 tentang pedoman pemerintah daerah disesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan hukum. Namun demikian pelaksanaannya masih belum maksimal.

B. Saran

Perlu adanya komitmen dan kesungguhan dari pemerintah daerah dalam penyelenggaraan manajemen sumber daya manusia kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya di puskesmas yang tercermin dari penerapan peraturan Menkes Nomor 33 Tahun 2015 dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 secara maksimal.

Dalam rangka pemenuhan ketersediaan tenaga kesehatan puskesmas PNS yang bermutu dan merata, hendaknya pemberlakuan moratorium PNS khusus untuk daerah non perkotaan dan DTPK perlu ditinjau ulang pemberlakuannya.

Untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang berkualitas, berdaya saing tinggi, serta profesional,

hendaknya perlu ada anggaran khusus untuk mengikuti diklat (berikut akomodasi dan transportasi) baik yang diselenggarakan oleh Pemda maupun diluar Pemda serta untuk uji kompetensi tenaga kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Jurnal

- Buchbinder, Sharon. B (ed). (2007). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Daymone Christine dan Immy Holloway. (2008). *Metode-Metode Riset Kualitatif, penerjemah Cahya Wirtama, penyunting Santi Indra Astuti*. Yogyakarta: Bentang.
- Farich Achmad, (2012), *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat*, Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Husein Radinal. (2013). *Studi Evaluasi Ketersediaan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Pada Kabupaten/Kota Daerah Tertinggal, Perbatasan Dan Kepulauan Terhadap Capaian Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/ Kota*. Tesis. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hasibuan, Malayu. (2017). *Manajemen Sumber Daya Manusia, Edisi Revisi*. Surabaya: CV. T.A. De Rozarie.
- Herman. (2008). *Evaluasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Sangat Terpencil Di Kabupaten Buton*, dalam *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Vol. 11, No. 3 September 2008. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.
- Kementerian Kesehatan. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kurniati Anna & Ferry Efendi. (2012). *Kajian SDM Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Meliala Andreasta. (2014). *Human Resources For Health*. Jakarta: Bappenas
- Pohan Imbalo S, (2007). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta EGC.
- Robert L, Mathis dan Jackson. (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia* (Edisi 10). Jakarta: Salemba Empat.
- Suhadi. 2015. *Administrasi Pembangunan Keseha*. Jakarta: Trans Info Media.
- Santosa Heru. (2007). *Persepsi Masyarakat Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Binjai Kota*. Medan: Departemen Kependudukan dan Biostatistika FKM Universitas Sumatera Utara.
- Utama Surya. (2003). *Memahami Fenomena Kepuasan Pasien RS. Referensi Pendukung untuk Mahasiswa, Akademik, Pimpinan, Oeganisasi dan Praktisi Kesehatan*. Medan; Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Wijono Djoko. (2000), *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Surabaya: Airlangga University Press

Lainnya

Analisis Implementasi Kepmenkes No.128 Tahun 2004 Tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, <http://pkmtanjungpalasutara.blogspot.com/2012/03/analisis-implementasi-kepmenkes-no128.html>, diakses 6-4-2014.

Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju. 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Selatan*. Mamuju: Dinkes Kab. Mamuju.

Dinas Kesehatan Kota Bandung. 2012. *Profil Kesehatan Kota Bandung Tahun 2011*. Bandung: Dinkes Kota Bandung.

Dinas Kesehatan Kota Bandung. 2014. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Bandung 2014-2018*. Bandung: Dinas Kesehatan Kota Bandung.

Dinas Kesehatan Sulawesi Barat. 2014. *Rencana Strategis Dinkes Sulawesi Barat Tahun 2012-2016*. Mamuju: Dinkes Provinsi SulBar.

Daniel, ed, 2010, *Pelayanan Pasien di Puskesmas Mamuju di Keluhkan*, Mamuju: Antara News, 4 Maret 2010, <http://www.antara-sulawesiselatan.com/berita/13358/profil-antara diakses 10-4-2014>.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 *Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit*.

Keluhan tentang pelayanan puskesmas di kelurahan Palmerah, Jakarta 1 Maret 2013, <http://prov.jakarta.go.id/opinipublik/aspirasi/2013/03/keluhan-tentang-pelayanan-puskesmas-di-kelurahan-palmerah> , diakses 11-4-2014.

Pelayanan Puskesmas masih Dikeluhkan, Bali Pos 13 Oktober 2004

Tenaga Medais Di Puskesmas Belum Memadai”, *online*, <http://www.neraca.co.id/article/45094/Tenaga-Medis-di-Puskesmas-Belum-Memadai/3>, diakses 15-09-2014

Terkait Keluhan Warga Terhadap Pelayanan Puskesmas Sukaluyu, Dinkes Cianjur Akan Panggil Kepala Puskesmasnya, Kabar Cianjur, 20 Desember 2012, <http://www.kabarcianjur.com/2012/12/terkait-keluhan-warga-terhadap.html?m=0> , diakses 11-4-2014.