Pustaka

KAJIAN DISPARITAS SDM KESEHATAN KEPULAUAN

ARLIN ADAM

Editor: MUHAMMAD AZWAR

ARLIN ADAM

KAJIAN DISPARITAS SDM KESEHATAN KEPULAUAN

Sanksi Pelanggaran Hak Cipta

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 28 TAHUN 2014 TENTANG HAK CIPTA

Ketentuan Pidana

Pasal 113

(1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).

(2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

(3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

(4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

ARLIN ADAM

KAJIAN DISPARITAS SDM KESEHATAN KEPULAUAN

Diterbitkan oleh
Penerbit Nas Media Pustaka
Makassar, 2019

Kajian Disparitas SDM Kesehatan Kepulauan
ARLIN ADAM
- Makassar : © 2019

Editor : **Muhammad Azwar**
Layout : **Zainuddin**
Design Cover : **Nas Media Creative**

Cetakan Pertama, Januari 2019

Diterbitkan oleh Penerbit Nas Media Pustaka
CV. Nas Media Pustaka
Anggota IKAPI
No. 018/SSL/2018
Jl. Batua Raya No. 550 Makassar 90233
Telp. 0813-8002-3737
redaksi@nasmediabooks.com
www.nasmediapustaka.co.id
www.nasmediabooks.com
Instagram : @nasmediapustakapenerbit
Fanspage : Penerbit Nas Media Pustaka

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Arlin Adam
Kajian Disparitas SDM Kesehatan Kepulauan/ Arlin Adam; Editor, Muhammad Azwar; –cet. I –Makassar : Nas Media Pustaka, 2019.
xii + 110 hlm; 14 x 21 cm
ISBN 978-602-5662-75-1

I. Referensi II. Judul

Dicetak oleh Percetakan CV. Nas Media Pustaka, Makassar
Isi di luar tanggung jawab percetakan

Kata Pengantar

KONDISI pembangunan kesehatan Indonesia sedang mengalami fenomena triple bourden yaitu meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular seperti hipertensi, stroke, diabetes melitus; munculnya kembali penyakit-penyakit menular biasa seperti diare, DBD, malaria; dan adanya penyakit menular jenis baru seperti SARS dan flu burung. Persoalan ini diperburuk lagi oleh disparitas pelayanan kesehatan yang cukup besar antara perkotaan-pedesaan-pegunungan-kepulauan. Wilayah kepulauan seringkali mengalami derajat kerentanan dan keterpaparan masalah kesehatan lebih besar karena selain akses geogerafi yang sulit, distribusi ketenagaan kesehatan belum sesuai kebutuhan dan selalu menjadi permasalahan pelik.

Pemenuhan kebutuhan SDM kesehatan di wilayah-wilayah rentan seperti kepulauan, pegunungan, dan tertinggal semestinya dapat diselesaikan dengan mudah oleh pemerintah daerah melalui skema kebijakan. Namun kenyataannya, pemerintah daerah masih mengalami kesulitan dalam menjamin distribusi ketenagaan kesehatan yang merata antar wilayah.

Kebijakan Desentralisasi Pembangunan Kesehatan sudah secara tegas memberikan amanah dan tanggungjawab besar kepada pemerintah daerah untuk mendesain pembangunan kesehatan sesuai karakteristik demografi masyarakatnya dan karakteristik geogerafi wilayahnya. Pemerintah daerah dituntut untuk menghasilkan inovasi-inovasi pembangunan kesehatan daerah yang bercirikan spesifik-local content agar pembangunan kesehatan bergerak secara akseleratif di atas prinsip efektivitas dan efisiensi.

Tentu saja banyak faktor yang mempengaruhi keterpenuhan tenaga kesehatan di wilayah rentan sehingga pemerintah daerah terkesan kurang memperlihatkan keberpihakannya terhadap masyarakat kepulauan dan

terpencil dalam pemenuhan hak dasar kesehatan penduduk. Untuk merefleksikan kompleksitas faktor-faktor itu, maka dilakukan kajian empiris dengan memotret Kabupaten Pangkajene Kepulauan (Pangkep) sebagai lokus pengkajian.

Pengkajian ini beranjak dari asumsi bahwa pelayanan kesehatan di kepulauan dideterminasi oleh kurangnya jumlah dan kualitas tenaga kesehatan yang tersedia. Menguji asumsi ini haruslah dikonfrontir dengan fakta-fakta lapangan supaya temuan-temuan yang dihasilkan menjadi pijakan kuat bagi pemerintah daerah dalam pengembangan kebijakan yang menjamin keterpenuhan kebutuhan tenaga kesehatan di kepulauan.

Sekalipun lokus kajian hanya mengambil salah satu kabupaten yang memiliki karakteristik kepulauan di Provinsi Sulsel, namun hasil kajian ini dapat dijadikan referensi bagi pemerintah daerah lainnya dalam memahami kerangka dasar permasalahan ketenagaan kesehatan kepulauan serta alternatif-alternatif kebijakan yang dapat dikembangkan.

Semoga hasil pengkajian dalam bentuk buku ini memberikan manfaat guna menghadirkan keadilan

pemenuhan hak dasar pelayanan kesehatan untuk semua penduduk.

Makassar, Januari 2019

Penulis

Daftar Isi

Daftar Grafik

Daftar Tabel

Asumsi Dasar Pengkajian

PEMBANGUNAN kesehatan diarahkan untuk peningkatan status dan derajat kesehatan penduduk yang optimal. Indikator dasar yang sering digunakan dalam menilai kualitas status kesehatan penduduk adalah angka kematian, angka kesakitan, usia harapan hidup, dan keadaan malnutrisi. Penduduk yang terbebas dari penyakit, resiko kematian, dan keterpaparan lingkungan tidak sehat serta kerentanan gizi dikatakan sebagai penduduk dengan kualitas sumber daya manusia yang memadai. Inilah esensi dari peranan sektor kesehatan dalam relasinya dengan pembangunan sumber daya manusia.

Tantangan utama pembangunan kesehatan sejak orde baru hingga orde reformasi saat ini adalah pemenuhan

pelayanan kesehatan di daerah kepulauan, pegunungan, tertinggal dan terpencil. Di wilayah-wilayah seperti ini, masih banyak penduduk yang belum mendapatkan akses yang memadai akan pelayanan kesehatan. Dampaknya, penduduk yang berada pada wilayah tersebut mengalami kerentanan dan keterpaparan. Padahal, sasaran mendasar pelayanan kesehatan saat ini adalah upaya untuk mencapai *universal couverage* dimana seluruh penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan diberbagai jenjang layanan.

Pemerintah dan pembuat kebijakan di berbagai negara manapun berjuang untuk mencapai kesetaraan kesehatan khususnya bagi komunitas yang rentan dan kurang beruntung. Tantangan terbesarnya adalah memastikan masyarakat yang hidup di daerah tertinggal dan terpencil memiliki akses terhadap tenaga kesehatan yang kompeten (World Health Organization, 2010). Sebagai salah satu negara yang dinyatakan mengalami krisis tenaga kesehatan oleh Badan Kesehatan Dunia di tahun 2006 (World Health Organization, 2006). Indonesia harus berjuang keras untuk meningkatkan jenis, jumlah dan mutu tenaga kesehatan. Selain itu masalah maldistribusi dan ketidakseimbangan geografis juga semakin memperbesar

tantangan tersebut. Mendistribusikan dan menempatkan tenaga kesehatan di daerah tertinggal dengan kuantitas dan kualitas yang memadai menjadi hal kritis dalam pemberian pelayanan kesehatan. Sebagai contoh yang mudah jika kita membandingkan rasio tenaga kesehatan antara pulau Jawa-Bali dan luar pulau Jawa-Bali. Data terbaru dari Kementerian Kesehatan tahun 2013 menunjukkan bahwa rasio dokter per populasi di Jawa dan luar Jawa masih mengalami ketidakseimbangan, rasio dokter di Semarang mencapai 119/100,000 penduduk sedangkan rasio dokter di Nusa Tenggara Timur sebesar 9/100,000 penduduk (Jamsos, 2013). Angka ini diprediksi semakin rendah lagi di daerah tertinggal dan terpencil. Hingga tahun 2013 masih ada 183 kabupaten yang masuk kategori tertinggal dan jumlah penduduk yang berada pada daerah tertinggal tersebut sekitar 30- 40 persen dari penduduk Indonesia (KPDT, 2013). Studi terbaru yang dilakukan oleh Bank Dunia tentang tenaga kesehatan menggarisbawahi bahwa di Jawa-Bali, daerah yang terbesar populasinya di Indonesia, di perkotaan terdapat dokter untuk tiap 3000 penduduk, sedangkan di pedesaan terdapat hanya 1 dokter untuk setiap 22,000 penduduk. Luar Jawa-Bali lebih banyak dokter per populasi, tetapi

masih ditemukan hanya 1 dokter untuk setiap 12,000 penduduk di daerah pedesaan, 1 dokter untuk setiap 15,000 penduduk di daerah terpencil sedangkan terdapat 1 dokter untuk setiap 2,430 orang di daerah perkotaan (World Bank, 2014).

Penduduk Indonesia yang tinggal di perkotaan maupun di Jawa-Bali, masyarakat Indonesia yang tinggal didaerah terpencil dan tertinggal pun berhak mendapatkan pelayanan yang sama akan kesehatan. Sehingga ketersediaan tenaga kesehatan yang mencukupi dan berkualitas di daerah tertinggal menjadi isu penting yang harus segera diselesaikan. Data terkait retensi Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan di Indonesia masih sangat terbatas. Berapa lama tenaga kesehatan tersebut bekerja di daerah terpencil dan tertinggal serta jenis tenaga kesehatan apakah yang bekerja disana masih perlu diteliti. Informasi ini sangat penting mengingat ketersediaan tenaga kesehatan di daerah tersebut merupakan hal mutlak yang harus dipenuhi. Awal tahun 2007, Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan melakukan studi deskriptif mengenai sistem insentif yang terkait retensi bagi tenaga kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil. Studi ini menemukan bahwa menurut para

tenaga medis Pegawai Tidak Tetap, paket insentif yang diberikan cukup memuaskan. Namun, hal ini tidak memiliki hubungan signifikan terhadap minat untuk bertahan disana. Sebaliknya, para tenaga medis dengan status pegawai negeri sipil merasa sangat tidak puas dengan insentif yang diterima (nilai rata-rata Rp 300.000,- per bulan). Penelitian ini merekomendasikan bahwa pemerintah daerah harus mengambil tindakan dalam penyediaan insentif bagi pegawai negeri sipil (Kurniati & Efendi, 2012).

Daerah tertinggal nampaknya masih belum diminati oleh para tenaga kesehatan untuk bekerja disana. Diakui atau tidak, permasalahan distribusi tenaga kesehatan, merupakan permasalahan klasik yang tidak hanya terjadi di negara kita. Negara maju dan berkembang lainnya juga menghadapi permasalahan serupa dengan tingkat permasalahan yang berbeda. Distribusi SDM Kesehatan telah menjadi salah satu indikator utama dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kesehatan (RPJMK) II tahun 2010-2014 dan RPJMK III tahun 2015-2019. Ketidakseimbangan distribusi masih menjadi masalah klasik yang harus dicari solusi terbaiknya dengan tetap berpihak pada komunitas marginal yang lebih memerlukan.

Berbagai kajian dan kebijakan telah dilakukan sebagai upaya untuk mengatasi permasalahan di bidang SDM Kesehatan. Berbagai penelitian dan studi kasus juga dilakukan untuk mengungkap berbagai permasalahan SDM Kesehatan di negara kita dan mencari solusi terbaik. Walaupun jumlahnya sangat minim namun hal itu perlu kita apresiasi sebagai upaya pengumpulan data berbasis bukti yang valid dan sahih. Kesahihan data ini sangat penting sekali menjadi panduan bagi pengambil kebijakan maupun perencana SDM Kesehatan sebagai arahan dalam membuat kebijakan berikutnya.

Urgensi pengembangan kebijakan berbasis bukti atau data sangat penting bagi pemerintah kabupaten/kota mengingat pembangunan sektor kesehatan sudah menerapkan kebijakan desentralisasi. Dalam konteks kebijakan desentralisasi, pemerintah Kabupaten/Kota memiliki kewenangan dalam perencanaan SDMK, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan sesuai dengan karakteristik masalah local yang dihadapi dan tingkat kemampuan daerah itu sendiri. Pemerintah kabupaten/kota dituntut untuk mengembangkan inisiatif dan kreativitasnya dalam melahirkan inovasi-inovasi yang

bertujuan untuk mempercepat akses pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Salah satu tantangan yang dihadapi oleh pemerintah kabupaten/kota, termasuk diantaranya Kabupaten Pangkep adalah pengembangan kebijakan tentang SDMK belum merefresentasi fakta empirik secara keseluruhan permasalahan yang ada sebagai konsekuensi logis dari keterbatasan data dan informasi yang digunakan sebagai referensi. Pedoman yang digunakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep dalam perencanaan SDMK menggunakan instrument yang sesuai Permenkes nomor 33 tahun 2015 dengan proses implementasi yang masih bersifat parsial atau belum memenuhi kaidah-kaidah standardisasi perencanaan sebagaimana yang diharapkan.

Tujuan dari kajian ini adalah menganalisis ketersediaan dan distribusi SDM Kesehatan yang berada di wilayah kepulauan di Kabupaten Pangkep dalam meningkatkan pelayanan kesehatan puskesmas di daerah kepulauan dan tertinggal. Hasil analisis tersebut akan memberikan informasi tentang pemetaan kategorisasi masalah ketenagaan kesehatan yang dihadapi. Dari pemetaan permasalahan ketenagaan kesehatan itu, selanjutnya dimungkinkan lahirnya berbagai skema alternative

pengembangan kebijakan manajemen SDMK berbasis kebutuhan dan karakteristik lokal masyarakat kepulauan di Kabupaten Pangkep.

Manfaat kajian ini adalah memberikan informasi kepada pembuat kebijakan untuk mempertahankan tenaga kesehatan yang bekerja di daerah tertinggal dan atau menyiapkan tenaga kesehatan baik dari sisi keterpenuhan jumlah menurut hasil analisis beban kerja atau berdasarkan standar ketenagaan minimal maupun dari sisi kualitas yang memadai. Rekomendasi ini bisa meningkatkan luaran kesehatan dengan memperkuat kapasitas sistem kesehatan untuk menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas.

Metodologi Kajian

PENDEKATAN metode kajian ini menggunakan teknik deskriptif kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan deskriptif kuantitatif digunakan untuk mengamati ketersediaan jumlah dan jenis tenaga kesehatan dan tingkat kebutuhan beserta kecenderungannya dari waktu ke waktu, sedangkan pendekatan deskriptif kualitatif digunakan untuk mengekplorasi permasalahan dan tantangan pengelolaan SDMK kepulauan yang dihadapi baik menurut perspektif provider maupun user.

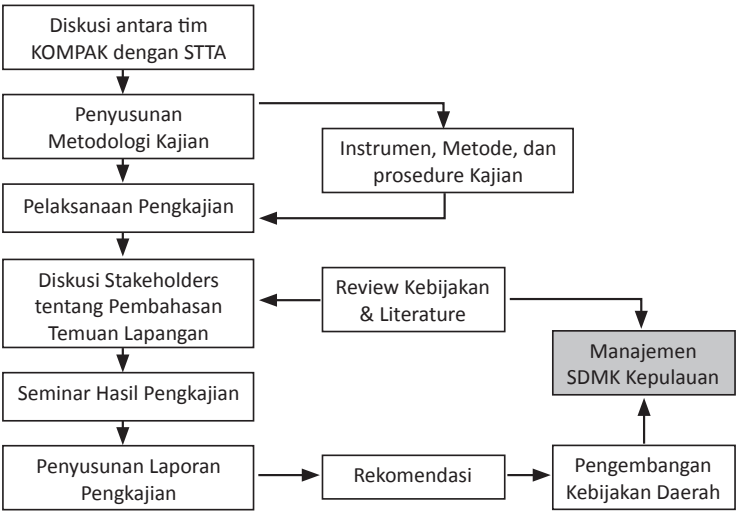
Kajian ini dilakukan dalam beberapa tahapan diantaranya;

1. Penyusunan Kerangka Kerja Pengkajian

Kerangka pengkajian ini menjelaskan langkah-langkah dan jenis aktivitas tiap langkah yang harus dilakukan selama pengkajian, sejak awal hingga akhir pengkajian. Kerangka ini berguna sebagai panduan penyelenggaraan proses kajian secara proseduraldan sistematis. Selain itu, kerangka pengkajian ini berfungsi juga sebagai alat penilaian validitas dan kredibilitas hasil kajian. Dengan demikian, hasil-hasil pengkajian ini dikategorikan sebagai informasi yang bermakna karena telah melewati proses berdasarkan kaidah-kaidah ilmiah.

Penyusunan kerangka kajian mempertimbangkan latar belakang masalah dan tujuan pengkajian yang akan dicapai. Masalah mendasar kajian ini adalah pola distribusi tenaga kesehatan yang belum memenuhi kebutuhan masyarakat kepulauan di Pangkep. Sedangkan tujuannya adalah dihasilkannya rekomendasi pengembangan kebijakan SDMK yang tepat guna memastikan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat kepulauan.

Kerangka pengkajian ini dapat dilihat pada skema di bawah ini:



2. Penyusunan Instrumen Pengkajian

Instrumen pengkajian ini menggunakan pedoman pertanyaan yang sudah dikategorisasi menurut arah dan tujuan pengkajian.

Kategorisasi pertanyaan-pertanyaan pengkajian ini dikelompokkan dalam 5 aspek diantaranya; kondisi SDM Kesehatan Kabupaten Pangkep; perbandingan kebutuhan dan ketersediaan; tantangan dan gap kebutuhan sektor kesehatan di kepulauan; dan kebijakan pemda yang berkaitan dengan SDMK di kepulauan; serta pertanyaan spesifik yang berkaitan dengan rencana implementasi program PERAHU SEHAT PULAU BAHAGIA yang

diinisiasi oleh program KOMPAK bersama dengan Puskesmas Sabutung Kabupaten Pangkep.

Bentuk pertanyaan pada instrumen pengkajian ini menggunakan pertanyaan terbuka yang membutuhkan eksplorasi penggalian masalah secara mendalam berdasarkan informasi yang diperoleh dari informan.

3. Pengumpulan Data dan Dokumen

Pengumpulan data dilakukan dengan 3 (tiga) cara yakni wawancara, diskusi terfokus, dan analisa dokumen. Wawancara dilakukan pada organisasi pengendali SDMK tingkat kabupaten dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep yang secara khusus dilakukan kepada Bidang Kepegawaian dan Bidang Sumber Daya Kesehatan seksi SDMK.

Diskusi Kelompok Terfokus ditujukan kepada pemberi layanan kesehatan yakni kepala puskesmas beserta stafnya, dalam hal ini dipilih Puskesmas Sabutung yang mewakili fasilitas kesehatan yang berada di kepulauan. Pertimbangan pemilihan Puskesmas Sabutung sebagai lokus pengkajian karena merupakan lokasi intervensi program KOMPAK di Kabupaten pangkep.

Sedangkan dokumen-dokumen yang dikumpulkan adalah dokumen yang berkaitan dengan SDMK diantaranya laporan ketenagaan, kebijakan-kebijakan pemda, dan berbagai literatur hasil penelitian yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan masyarakat kepulauan.

4. Analisis dan Interpretasi Temuan

Analisis temuan menggunakan metode analisis deskriptif dengan mengungkapkan bukti-bukti temuan berdasarkan hasil wawancara dan diskusi kelompok terfokus serta membandingkannya dengan informasi yang ada dalam dokumen-dokumen pendukung.

Interpretasi temuan dikembangkan melalui sintesa antara hasil temuan lapangan dan perspektif-perspektif kebijakan dan pemikiran yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan puskesmas di kepulauan.

5. Pemetaan Permasalahan SDM Kesehatan di Kepulauan

Uraian analisis dan interpretasi temuan lapangan menjadi dasar perumusan pemetaan permasalahan ketenagaan kesehatan di kepulauan. Peta permasalahan ini selanjutnya diposisikan sebagai penyimpulan hasil pengkajian.

6. Rekomendasi Kebijakan-Kebijakan Yang Relevan.

Hasil akhir kajian ini merekomendasikan pola-pola pengembangan kebijakan sebagai alternatif pilihan rasional yang dapat dirumuskan oleh Pemerintah Kabupaten Pangkep dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan puskesmas di kepulauan.

Analisis Temuan-Temuan dan Interpretasinya

A. GAMBARAN TENTANG MANAJEMEN SDM KESEHATAN DI KABUPATEN PANGKEP

Kondisi SDM Kesehatan di Kabupaten Pangkep digambarkan dengan mengurai manajemen SDMK yang diterapkan. Proses manajemen SDMK tersebut dilakukan dalam 3 tahapan yakni tahap perencanaan SDMK, tahap pendayagunaan, dan tahap pembinaan dan pengawasan.

Perencanaan SDMK disusun sesuai dengan tingkat kebutuhan akan jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang diperlukan. Dalam menentukan tingkat kebutuhan, perencana SDMK yang dikelola oleh Bagian Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Pangkep memperhitungkan beban kerja tenaga kesehatan menurut tingkat kebutuhan

terhadap jenis pelayanan kesehatan tertentu. Dasar perhitungan lainnya yang paling banyak digunakan dalam proses perencanaan adalah berdasarkan Tingkat Ketenagaan Minimal yang dipersyaratkan pada puskesmas di wilayah kerja tertentu.

Syarat ketenagaan minimal dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 1

Standar Jumlah dan Jenis Tenaga Kesehatan Puskesmas Berdasarkan Kategori Kawasan

NO	JENIS TENAGA	Puskesmas Kawasan Perkotaan		Puskesmas Kawasan Pedesaan		Puskesmas kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil	
		Non RI	RI	Non RI	RI	Non RI	RI
1	Dokter / dokter layanan primer	1	2	1	2	1	2
2	Dokter gigi	1	1	1	1	1	1
3	Perawat	5	8	5	8	5	8
4	Bidan	4	7	4	7	4	7
5	Tenaga Kesmas	2	2	1	1	1	1
6	Tenaga kesling	1	1	1	1	1	1
7	Ahli teknologi Lab. medic	1	1	1	1	1	1
8	Tenaga gizi	1	2	1	2	1	2

9	Tenaga kefarmasian	1	2	1	1	1	1
10	Tenaga Adminintrasi	3	3	2	2	2	2
11	Pekarya	2	2	1	1	1	1
	JUMLAH	**22**	**31**	**19**	**27**	**19**	**27**

Sumber: Permenkes 33/2015

Meskipun tersedia dua pendekatan analisis dalam menentukan tingkat kebutuhan SDMK, cara yang paling sering digunakan dalam menentukan alokasi kebutuhan ketenagaan adalah metode standar ketenagaan minimal, mengingat penggunaan metode ini relatif lebih mudah dioperasionalkan karena hanya memperhitungkan secara komparatif kesesuaian jumlah antara tenaga kesehatan yang tersedia dengan konstanta standar yang sudah ditentukan sebagaimana yang tertera pada peraturan yang berlaku.

Cara penentuan berdasarkan Analisis Beban Kerja (ABK) belum banyak digunakan sebab kemampuan menghitung beban kerja tiap jenis ketenagaaan belum memadai, khususnya bagi tenaga perencana di tingkat puskesmas. Penggunaan cara ABK haruslah mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk dan persebarannya,

karakteristik wilayah kerja, luas wilayah kerja, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan pembagian waktu kerja.

Mekanisme perencanaan SDMK dimulai dari usulan puskesmas yang biasanya disampaikan melalui pengisian format yang sudah disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep. Penyampaian usulan ini dilakukan ketika pertemuan antar puskesmas yang dilakukan oleh DKK Pangkep. Selanjutnya, pihak DKK Pangkep melakukan perhitungan rekapitulasi kebutuhan tenaga kesehatan, kemudian mengusulkannya ke BKD untuk pengadaannya.

Menurut pengakuan dari salah satu kepala puskesmas kepulauan mengenai dasar penyusunan perencanaan SDMK yang puskesmas lakukan, ternyata tidak menggunakan data dan informasi yang akurat dan belum mempertimbangkan variabel-variabel pengukuran kinerja. Secara umum, puskesmas mengajukan kebutuhan tenaga kesehatan hanya memperhitungkan ketersediaan jumlah saja tanpa memperhatikan beban kerja serta kebutuhan aktual yang dihadapi oleh puskesmas.

Sistim informasi mengenai ketenagaan kesehatan di puskesmas belum terkelola dengan baik, sehingga

ketersediaan data yang valid untuk perencanaan menjadi permasalahan tersendiri. Selain itu, prosedur dan teknik analisis beban kerja begitu rumit dan sulit dipahami oleh tenaga puskesmas. Inilah yang menjelaskan pilihan metode Standar Ketenagaan Minimal paling sering digunakan sebagai dasar pengembangan perencanaan SDMK di puskesmas.

Dengan demikian, permasalahan mendasar yang dihadapi pada proses perencanaan SDMK di Pangkep adalah kurangnya kemampuan tenaga kesehatan dalam mengoperasionalkan tatacara perencanaan berdasarkan Analisa Beban Kerja serta kurangnya data dan informasi yang dimiliki sehingga menyulitkan pihak perencana dalam menentukan alokasi sumber daya yang dibutuhkan.

Jenis perencanaan SDMK di Kabupaten Pangkep terdiri atas perencanaan tahunan dan perencanaan jangka menengah yang digunakan untuk proyeksi kebutuhan tenaga kesehatan jangka waktu 5 tahun ke depan. Seyogianya Pihak DKK pangkep mengembangkan juga perencanaan SDMK jangka panjang untuk memproyeksi kebutuhan tenaga kesehatan di kabupaten dalam jangka waktu 25 tahun. Penelusuran dokumen yang dilakukan

memperlihatkan bahwa dokumen perencanaan jangka panjang belum diterapkan.

Jumlah pengadaan SDMK yang tertera pada perencanaan tidak selamanya dapat diisi secara tepat karena adanya keterbatasan anggaran. Kebijakan *zero growth*yang diberlakukan pemerintah memungkinkan pengadaan SDMK dengan status CPNS belum sebanding dengan tingkat kebutuhan. Guna mengatasi kekurangan tersebut, Pemerintah Kabupaten Pangkep mengeluarkan kebijakan khusus dalam mengisi kekosongan ketenagaan melalui model pengangkatan Tenaga Harian Lepas (THL). Dengan model ini diharapkan kebutuhan SDMK di fasilitas pelayanan kesehatan dapat teratasi dengan baik, merata, dan berkualitas.

Pengadaan SDMK haruslah dibarengi dengan pengelolaan yang baik terhadap pemanfaatannya. Dalam beberapa kasus, pengadaan SDMK sudah sesuai kebutuhan akan tetapi SDMK yang ada tersebut belum didayagunakan secara optimal. Dengan demikian komponen pengadaan ketenagaan berkorelasi positif dengan komponen pendayagunaannya.

Tahapan pendayagunaan SDMK di Pangkep diawali dengan penempatan tenaga kesehatan di fasilitas

pelayanan kesehatan yang membutuhkan ketenagaan tertentu. Penempatan ini merupakan salah satu aktivitas pendistribusian ketenagaan yang ditujukan untuk mengisi kekosongan tenaga kesehatan pada tempat-tempat layanan kesehatan yang tersedia.

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa pertimbangan mendasar yang dilakukan dalam distribusi ketenagaan adalah tingkat kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Idealnya, pola distribusi secara konsisten mengikuti sebaran kebutuhan, namun kenyataannya masih saja ditemukan pola distribusi yang belum sesuai dengan rancangan perencanaan akibat adanya pengaruh intervensi yang dilatari oleh kepentingan "*political will*".

Kepentingan politik sebagai kekuatan yang bekerja pada kebijakan distribusi mengakibatkan pemerataan tenaga kesehatan menurut jumlah dan jenis belum kelihatan secara berimbang. Pada beberapa puskesmas yang berada di kota, jenis tenaga kesehatan dengan kualifikasi yang memadai mengalami penumpukan, sementara itu, pada puskesmas yang berada di kepulauan, jenis ketenagaan yang paling banyak adalah ketenagaan dengan kualifikasi pendidikan yang umumnya tingkatan menengah.

Gambaran umum ketenagaan kesehatan dari aspek jumlah dan jenis tenaga yang dimiliki oleh Pemerintah kabupaten Pangkep dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2
Jumlah dan Jenis Tenaga Kesehatan Puskesmas di Kabupaten Pangkep Tahun 2018

No	Jenis Tenaga	Jumlah	Persentase
1	Dokter umum	32	4.95
2	Dokter Gigi	20	3.10
3	Tenaga Keperawatan	190	29.41
4	Perawat Gigi	26	4.02
5	Bidan	213	32.97
6	Kefarmasian	19	2.94
7	Kesehatan Masyarakat	40	6.19
8	Sanitarian	18	2.79
9	Ahli Gizi	34	5.26
10	Keterapian Fisik		
	fisioterapi	1	0.15
	terapi okupasi	0	0.00
	terapi wicara	0	0.00
	akunpunturis	0	0.00
11	Keteknisan Medis		
	Analis kesehatan	22	3.41
	rekam medik	3	0.46

12	Non Kesehatan	28	4.33
		646	100.00

Sumber: Dinkes Kab. Pangkep, 2017

Jumlah ketenagaan yang bekerja pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep yang tersebar di 23 puskemas sebanyak 646 orang yang terdiri atas 12 jenis ketenagaan kesehatan dan ditambah ketenagaan non-kesehatan yang bertugas untuk pelayanan administrasi.

Secara kuantitas, jumlah ketenagaan tersebut belum mencukupi dibandingkan dengan jumlah penduduk yang menjadi denominator pengukuran. Tingkat kebutuhan setiap puskesmas dapat dilihat pada analisis kebutuhan di bagian selanjutnya laporan ini.

Pembacaan tabel di atas menginformasikan bahwa peta kebutuhan yang mendesak adalah ketenagaan keterapian fisik dan keteknisan medis. Jumlah ketersediaan dua jenis ketenagaan ini sangatlah tidak mencukupi dibandingkan dengan tingkat kebutuhan puskesmas, khususnya puskesmas yang masuk dalam kategori puskesmas perawatan.

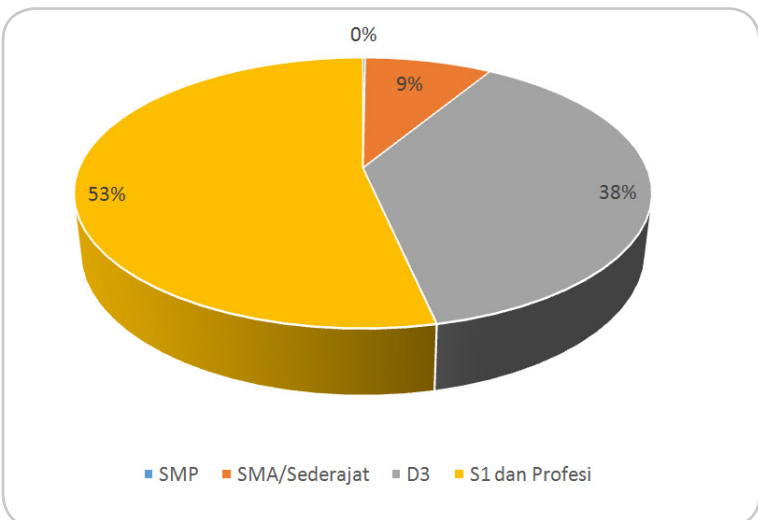
Dalam pengaturan SDMK, selain aspek kuantitas, kualitas SDMK merupakan variabel penting yang membutuhkan pengelolaan secara terencana dan

berkelanjutan. Pengukuran kualitas ketenagaan biasanya menggunakan variabel kualifikasi pendidikan yang dimiliki dan banyaknya pengalaman tenaga kesehatan dalam mengikuti kegiatan-kegiatan yang berorientasi pada peningkatan kompetensi keprofesian.

Sebaran tingkat pendidikan tenaga kesehatan puskesmas yang ada di Kabupaten Pangkep, sebagaimana pada grafik di bawah ini:

Grafik 1

Tingkat Pendidikan Tenaga Kesehatan Puskesmas Kabupaten Pangkep Tahun 2018



Sumber: Dinkes Kab. Pangkep, 2018

Tenaga kesehatan yang memiliki tingkat pendidikan sarjana sudah lebih banyak dibandingkan dengan jenjang pendidikan D3 dan SMA. Ini menandakan bahwa dari segi kualifikasi pendidikan, ketenagaan kesehatan di Kabupaten Pangkep relatif sudah memenuhi standar atau sudah memadai dalam rangka mencapai akses dan mutu layanan kesehatan puskesmas.

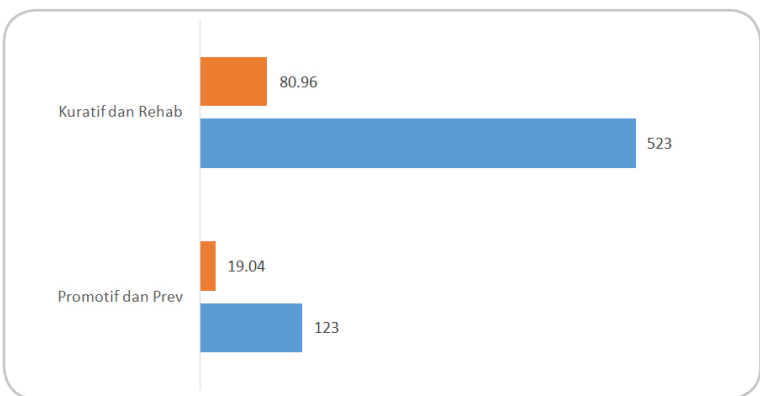
Meskipun demikian, masih terdapat sekitar 9 persen jumlah ketenagaan kesehatan yang memerlukan peningkatan jenjang pendidikan guna memastikan semua pemberian layanan sudah terselenggara menurut standardisasi yang ditetapkan dalam peraturan yang berlaku.

Variabel pengukuran kualitas dapat juga diukur melalui penilaian kinerja puskesmas. Kinerja puskesmas dinilai atas prestasinya dalam mengimplementasikan program puskesmas yang terdiri atas program wajib dan program pengembangan serta cakupan layanan yang diperoleh. Penyelenggaraan program puskesmas sesungguhnya mengikuti tingkatan layanan kesehatan yang terdiri atas pelayanan promotif, pelayanan preventif, pelayanan kuratif, dan pelayanan rehabilitatif. Tingkatan layanan ini secara profesional dikendalikan oleh jenis

ketenagaan tertentu sebagaimana kompetensi utama yang dimiliki oleh tiap profesi.

Berdasarkan jumlah dan jenis ketenagaan yang ada saat ini, sebaran jenis ketenagaan kesehatan yang berperan dalam menangani pelayanan kuratif dan rehabilitatif masih lebih besar dibandingkan dengan jenis ketenagaan yang menangani pelayanan promotif dan preventif. Sebaran jenis ketenagaan menurut peran terhadap tingkat pelayanan dapat dilihat pada grafik di bawah ini:

Grafik 2
Sebaran Tenaga Kesehatan Berdasarkan Area Pelayanan Kesehatan



Sumber: Dinkes Kab. Pangkep, 2018

Gambaran ketersediaan tenaga kesehatan puskesmas berdasarkan kompetensi di atas merupakan tantangan besar bagi puskesmas, mengingat peran puskesmas sebagai pilar utama pelayanan promotif dan preventif justru didominasi oleh ketenagaan kesehatan yang bergerak pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif yaitu sebanyak 80.96 persen.

Wajarlah jika aktivitas-aktivitas pelayanan kesehatan di puskesmas lebih banyak terselenggara di dalam gedung dibandingkan dengan pelayanan di masyarakat. Kondisi wajar pula, jika kita menemukan tantangan pembangunan kesehatan dewasa ini yang mengalami permasalahan *triple burden*; penyakit menular dan tidak menular terjadi bersamaan, sementara itu penyakit yang sudah tertangani muncul kembali dengan tingkat keganasan tinggi.

Aktivitas utama lainnya dalam tahapan pendayagunaan adalah pemanfaatan tenaga kesehatan guna mencapai indikator kinerja pelayanan kesehatan. Temuan lapangan memperlihatkan bahwa tenaga kesehatan dibebani oleh aktivitas-aktivitas yang bersifat administrasi pelaporan. Implikasinya, capaian indikator-indikator pelayanan relatif belum mencapai target. Misalnya seorang bidan harus menangani pelaporan kegiatan dan pelaporan keuangan

puskesmas secara dominan, sehingga mengabaikan sebagian tanggungjawabnya pada pelayanan KIA.

Kondisi overload beban tenaga kesehatan terjadi karena banyaknya program-program pendukung yang harus diselesaikan oleh puskesmas, sementara itu jumlah ketenagaan yang dimiliki relatif terbatas. Aktivitas yang paling sering dianggap sebagai kendala utama adalah aktivitas pelaporan keuangan puskesmas sebab jenis laporan ini memerlukan keterampilan akuntansi sementara itu, tenaga kesehatan puskesmas belum pernah dibekali kemampuan tersebut.Jenis tugas administrasi seperti ini merupakan *job description* yang semestinya ditangani oleh tenaga non-kesehatan sebagaimana yang diatur pada Permenkes 75 tahun 2014 tentang puskesmas.

Pemanfaatan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya sudah diatur dalam tupoksi masing-masing profesi ketenagaan. Walaupun demikian, puskesmas yang terletak di kepulauan kadang-kadang melakukan modifikasi model pemanfaatan sesuai dengan karakteristik wilayah dan kesepakatan bersama. Misalnya,puskesmas menggunakan model pelayanan kesehatan berbasis tim yang dilakukan secara bergilir (cara ini ditemukan disalah satu puskesmas kepulauan). Jenis kesepakatan

adjusment pemberian pelayanan kesehatan ini bersifat internal yang tidak dikomunikasikan secara resmi kepada pihak DKK. Tujuan modifikasi pemanfaatan SDMK di puskesmas semata-mata untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan dapat diberikan secara adekuat kepada masyarakat.

Pengelolaan beban kerja yang ditangani oleh setiap tenaga kesehatan di puskesmas seringkali menjadi masalah penyebab konflik interpersonal. Terdapat tenaga kesehatan yang mengelola kegiatan berlebihan (*overload*), sementara itu ada beberapa tenaga kesehatan yang justru tidak melakukan aktivitas. Jenis permasalahan ini merupakan tanggungjawab kepemimpinan puskesmas dalam mengatur dan mengalokasikan tugas-tugas kepada seluruh staf berdasarkan tingkat kompetensi yang dimiliki.

Optimalisasi pendayagunaan ketenagaan sangatlah dipengaruhi oleh pola pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan yang dilakukan oleh pimpinan dalam berbagai jenjang administrasi layanan.

Manajemen SDMK pada tahapan pembinaan dan pengawasan SDMK di Pangkep sudah terselenggara sesuai dengan tupoksi organisasi DKK. Hasil FGD menemukan bentuk-bentuk pembinaan tenaga kesehatan yang sudah

dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten pangkep adalah pelatihan teknis, pendidikan lanjut khususnya bagi tenaga kesehatan yang belum memenuhi kualifikasi pendidikan, promosi jabatan, pemberian *reward* bagi yang berprestasi, dan sanksi bagi tenaga kesehatan yang melakukan pelanggaran.

Kasus-kasus penyimpangan tupoksi atau pelanggaran kode etik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sudah mendapatkan sanksi dalam berbagai bentuk yaitu teguran lisan, teguran tertulis, dilaporkan ke BKD, penundaan pangkat, dan pemotongan insentif. Temuan lapangan yang patut dicermati dalam menilai kualitas pemberian sanksi adalah inkonsistensi penegakan sanksi dari pimpinan di berbagai level. Terdapat beberapa kasus mengenai inkonsistensi penegakan sanksi yang berimplikasi terhadap rendahnya kepatuhan tenaga kesehatan lainnya terhadap peraturan-peraturan yang diberlakukan dalam kerangka peningkatan kinerja pelayanan.

Mekanisme pemberian sanksi yang belum konsisten bukan hanya disebabkan oleh faktor lemahnya penegakan prosedural, akan tetapi dibalik itu semua terdapat faktor psikologis yang dialami pimpinan sehingga kesulitan dalam melakukan tindakan-tindakan tegas. Padahal, berdasarkan

peraturan-peraturan yang berlaku, pengelolaan manajemen SDMK sudah secara tegas dan komprehensif mengatur segala hal yang berkaitan dengan ketenagaan kesehatan.

Berbagai kebijakan peraturan yang digunakan dalam mengelola manajemen SDMK di Kabupaten Pangkep diantaranya adalah:

Tabel 3
Jenis Kebijakan yang Mengatur Sumber Daya Manusia Kesehatan

No	Jenis Kebijakan	Inti Pengaturan
1	UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah	Kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang bersifat wajib - pelayanan dasar. Urusan yang diatur salah satunya adalah urusan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Kedudukan dan tugas SKPD Dinkes.
2	UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan	Tanggungjawab wewenang pemerintah provinsi dan daerah dalam mengelola tenaga kesehatan
3	UU Nomor 5 Tahun 2014 tentang ASN	ASN mempunyai hak dan kesempatan untuk mengembangkan kompetensi
4	Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas	Jenis ketenagaan yang harus ada dalam puskesmas dan ketentuan pengaturannya

5	Permenkes Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan. Instrumen ini penyempurnaan dari Kepmenkes Nomor 81 Tahun 2014.	Pedoman perencanaan SDMK di berbagai jenjang; nasional, provinsi, dan daerah dan diinstitusi; puskemas, UPTD, rumah sakit.
6	Permenkes Nomor 16 Tahun 2017 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Program Nusantara Sehat	Penguatan dan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, kepulauan, dan pegunungan.
7	Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2016	Indikator dan Target Pemenuhan SDM Kesehatan

B. ANALISA PERBANDINGAN KEBUTUHAN DAN KETERSEDIAAN SDM KESEHATAN DI KEPULAUAN, POLA DISTRIBUSI SECARA KUANTITAS DAN KUALITAS

Bagian laporan ini mendeskripsikan keadaan ketenagaan kesehatan puskesmas di wilayah kepulauan Kabupaten Pangkep. Dari 23 puskesmas yang ada di Kabupaten Pangkep, terdapat 7 (tujuh) puskesmas yang menangani pelayanan kesehatan di kepulauan diantaranya:

1. Puskesmas Liukang Tupa'biring
2. Puskesmas Sarappo
3. Puskesmas Sabutung

4. Puskesmas Liukang Kalmas
5. Puskesmas Pamantauang
6. Puskesmas Liukang Tangaya, dan
7. Puskesmas Sailus

Jumlah tenaga kesehatan secara keseluruhan yang bekerja pada tujuh puskesmas kepulauan sebanyak 143 orang atau 22,14 persen dari jumlah seluruh tenaga kesehatan puskesmas di Kabupaten Pangkep (Dinkes Kab. Pangkep, 2018). Dari jumlah tersebut, jenis ketenagaan terdiri atas dokter, dokter gigi, perawat, perawat gigi, bidan, kefarmasian, kesmas, sanitarian, gizi, keteknisan medis, dan pekarya.

Ketersediaan jumlah dan jenis tenaga kesehatan puskesmas kepulauan tersebut bervariasi sesuai dengan standar ketenagaan yang diharapkan dalam peraturan pemerintah dan tingkat kemampuan fiskal daerah. Oleh karena kemampuan fiskal daerah terbatas, maka hampir semua puskesmas memperlihatkan gap kebutuhan terhadap beberapa jenis ketenagaan kesehatan, sekalipun pada jenis ketenagaan tertentu mengalami kelebihan tenaga.

Keadaan distribusi jumlah, jenis, kualitas dan kebutuhan ketenagaan kesehatan tiap puskesmas dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4
Distribusi Jumlah, Jenis, dan Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Liukang Tu'pabiring

NO	JENIS TENAGA	KETERSEDIAAN TENAGA	STANDAR	SELISIH
1	2	3	4	5
1	dr. Umum	1	2	-1
2	dr. Gigi	1	1	0
3	Apoteker	0	1	-1
4	Asisten apoteker / Farmasi	0		
5	Perawat (S1) Ners	5	8	-2
6	Perawat D IV	0		
7	Perawat DIII	1		
8	SPK	0		
9	Bidan D IV	0	7	+3
10	Bidan D III	10		
11	Bidan D I	0		
12	Perawat gigi	0	0	0
13	Tenaga Kesmas	2	1	+1
14	Tenaga Kesling	0	1	-1
15	Tenaga Gizi	0	2	-2
16	Ahli Teknologi Lab Medic	0	1	-1
17	Keteknisian Medis	0	0	0
18	Tenaga Administrasi	0	2	-2

19	Pekarya	0	1	-1
JUMLAH		20	27	

Sumber: Pengolahan data sekunder, 2018

Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Liukang Tu'pabiring sebanyak 20 orang dan belum sesuai dengan standar yang ditentukan yaitu sebanyak 27 orang. Namun demikian, terdapat jenis ketenagaan kesehatan yang mengalami kelebihan yakni jenis ketenagaan bidan dan kesmas yakni sebanyak 4 orang dari nilai standar ketenagaan.

Jika memperhitungkan kelebihan jumlah ketenagaan sebanyak 4 orang, maka tingkat kebutuhan riil puskesmas ini berdasarkan Standar Ketenagaan Minimal sebanyak 3 orang dengan catatan diperlukan optimalisasi pemanfaatan peran dan fungsi bidan dan kesmas dalam menangani tugas-tugas lainnya selain tupoksinya.

Tabel 5
Distribusi Jumlah, Jenis, dan Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sarappo

NO	JENIS TENAGA	KETERSEDIAAN TENAGA	STANDAR	SELISIH
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	dr. Umum	0	2	-2
2	dr. Gigi	0	1	-1
3	Apoteker	1	1	0
4	Asisten apoteker / Farmasi	0		
5	Perawat (S1) Ners	3	8	0
6	Perawat D IV	0		
7	Perawat DIII	3		
8	SPK	2		
9	Bidan D IV	0	7	+7
10	Bidan D III	14		
11	Bidan D I	0		
12	Perawat gigi	1	0	+1
13	Tenaga Kesmas	1	1	0
14	Tenaga Kesling	1	1	0
15	Tenaga Gizi	1	2	-1
16	Ahli Teknologi Lab Medic	0	1	-1
17	Keteknisian Medis	0	0	0
18	Tenaga Administrasi	0	2	-2
19	Pekarya	0	1	-1
JUMLAH		27	27	

Sumber: Pengolahan data sekunder, 2018

Kolom selisih yang mengindikasikan tingkat kebutuhan,hampir semuanya dialami pada jenis ketenagaan kesehatan di Puskesmas Sarappo. Jenis ketenagaan bidan mengalami kelebihan jumlah yang sangat banyak yaitu sebanyak 7 orang.

Jenis ketenagaan dokter dan dokter gigi sama sekali tidak ada dan merupakan kebutuhan vital yang memerlukan penanganan segera, mengingat pelayanan pengobatan dasar yang diberikan puskesmas harus dilakukan oleh profesi dokter.

Dari segi jumlah dibandingkan dengan standar yang ditentukan, sesungguhnya puskesmas ini sudah sesuai dengan target.

Tabel 6

Distribusi Jumlah, Jenis, dan Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sabutung

NO	JENIS TENAGA	KETERSEDIAAN TENAGA	STANDAR	SELISIH
1	2	3	4	5
1	dr. Umum	2	1	+1
2	dr. Gigi	1	1	0
3	Apoteker	1	1	0
4	Asisten apoteker / Farmasi	0		

5	Perawat (S1) Ners	3	5	+3
6	Perawat D IV	0		
7	Perawat DIII	4		
8	SPK	1		
9	Bidan D IV	0	4	+9
10	Bidan D III	11		
11	Bidan D I	0		
12	Perawat gigi	1	0	+1
13	Tenaga Kesmas	0	1	-1
14	Tenaga Kesling	1	1	0
15	Tenaga Gizi	1	1	0
16	Ahli Teknologi Lab Medic	0	1	-1
17	Keteknisian Medis	0	0	0
18	Tenaga Administrasi	0	2	-2
19	Pekarya	0	1	-1
JUMLAH		26	19	

Sumber: Pengolahan data sekunder, 2018

Puskesmas Sabutung mengalami kelebihan jumlah tenaga kesehatan sebanyak 7 orang berdasarkan Standar Ketenagaan Minimal yang seharusnya berjumlah 19 orang. Jenis ketenagaan yang paling banyak mengalami kelebihan adalah bidan dan perawat,sedangkan jenis ketenagaan tertentu justru mengalami kekurangan diantaranya tenaga kesmas, teknologi laboratorium medik, dan administrasi.

Yang menarik adalah ketenagaan dokter yang dianggap berlebih sebanyak 1 orang, sementara masih terdapat

puskesmas kepulauan yang sama sekali tidak memiliki dokter. Perlu memperhatikan kembali kebijakan redistribusi ketenagaan untuk menjamin semua jenis ketenagaan kesehatan yang dimiliki terdistribusi secara merata di semua puskesmas.

Tabel 7

Distribusi Jumlah, Jenis, dan Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Liukang Kalmas

NO	JENIS TENAGA	KETERSEDIAAN TENAGA	STANDAR	SELISIH
1	2	3	4	5
1	dr. Umum	2	2	0
2	dr. Gigi	0	1	-1
3	Apoteker	0	1	-1
4	Asisten apoteker / Farmasi	0		
5	Perawat (S1) Ners	7	8	+3
6	Perawat D IV	0		
7	Perawat DIII	4		
8	SPK	0		
9	Bidan D IV	0	7	+4
10	Bidan D III	11		
11	Bidan D I	0		
12	Perawat gigi	0	0	0
13	Tenaga Kesmas	1	1	0
14	Tenaga Kesling	1	1	0
15	Tenaga Gizi	1	2	-1

16	Ahli Teknologi Lab Medic	0	1	-1
17	Keteknisian Medis	0	0	0
18	Tenaga Administrasi	0	2	-2
19	Pekarya	0	1	-1
JUMLAH		27	27	

Sumber: Pengolahan data sekunder, 2018

Pola distribusi ketenagaan kesehatan Puskesmas Liukang Kalmas mirip dengan puskesmas lainnya yakni kecukupan jumlah menurut standar, namun belum memenuhi persyaratan jenis ketenagaan minimal yang harus ada pada suatu puskesmas.

Jumlah ketenagaan Puskesmas Liukang Kalmas sudah sesuai standar yakni 27 orang, akan tetapi pada jenis ketenagaan dokter, dokter gigi, kefarmasian, gizi, ahli laboratorium medik, dan tenaga administrasi masih menjadi kebutuhan yang harus ditangani untuk menjamin penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Paparan data di atas juga menggambarkan ketenagaan yang bertugas mengelola kegiatan administrasi sama sekali tidak ada, padahal aktivitas administrasi berupa pencatatan, pelaporan, dan pengarsipan sangat banyak dikerjakan oleh puskesmas sebagai konsekuensi logis atas banyaknya program puskesmas yang harus diselesaikan.

Tabel 8
Distribusi Jumlah, Jenis, dan Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Pamantauang

NO	JENIS TENAGA	KETERSEDIAAN TENAGA	STANDAR	SELISIH
1	2	3	4	5
1	dr. Umum	1	1	0
2	dr. Gigi	1	1	0
3	Apoteker	0	1	-1
4	Asisten apoteker / Farmasi	0		
5	Perawat (S1) Ners	3	5	-2
6	Perawat D IV	0		
7	Perawat DIII	0		
8	SPK	0		
9	Bidan D IV	0	4	+1
10	Bidan D III	5		
11	Bidan D I	0		
12	Perawat gigi	1	0	+1
13	Tenaga Kesmas	0	1	-1
14	Tenaga Kesling	1	1	0
15	Tenaga Gizi	1	1	0
16	Ahli Teknologi Lab Medic	0	1	-1
17	Keteknisian Medis	0	0	0
18	Tenaga Administrasi	0	2	-2
19	Pekarya	1	1	0
JUMLAH		14	19	

Sumber: Pengolahan data sekunder, 2018

Ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas Pamantauang dari segi jumlah masih kekurangan 5 orang tenaga kesehatan menurut indicator standardisasi ketenagaan puskesmas. Meskipun secara kumulatif jumlah ketenagaan belum mencukupi, namun pada jenis ketenagaan tertentu mengalami kelebihan diantaranya bidan dan perawat gigi.

Ketersediaan tenaga gizi dan kesling sangat memprihatinkan karena Puskesmas Pamantauang sampai saat ini belum ada tenaga kesehatan yang secara kompetensi memiliki kemampuan dalam mengelola program kesehatan lingkungan dan program gizi. Pada tingkat kebutuhan masyarakat terhadap 2 jenis ketenagaan ini sangatlah diperlukan mengingat banyaknya kasus-kasus penyakit yang berbasis lingkungan serta permasalahan gizi yang yang sudah dalam keadaan kronis pada sebagian besar masyarakat kepulauan.

Kebutuhan ketenagaan gizi akan semakin terasa menyusul prioritas pembangunan kesehatan tahun 2018 adalah mengatasi permasalahan stunting (tubuh pendek) yang diakibatkan oleh kurangnya asupan gizi.

Tabel 9
Distribusi Jumlah, Jenis, dan Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Liukang Tangaya

NO	JENIS TENAGA	KETERSEDIAAN TENAGA	STANDAR	SELISIH
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	dr. Umum	0	2	-2
2	dr. Gigi	0	1	-1
3	Apoteker	0	1	-1
4	Asisten apoteker / Farmasi	0		
5	Perawat (S1) Ners	3	8	+1
6	Perawat D IV	0		
7	Perawat DIII	3		
8	SPK	3		
9	Bidan D IV	0	7	-1
10	Bidan D III	6		
11	Bidan D I	0		
12	Perawat gigi	1	0	+1
13	Tenaga Kesmas	0	1	-1
14	Tenaga Kesling	1	1	0
15	Tenaga Gizi	1	2	-1
16	Ahli Teknologi Lab Medic	0	1	-1
17	Keteknisian Medis	0	0	0
18	Tenaga Administrasi	0	2	-2
19	Pekarya	0	1	-1
JUMLAH		18	27	

Sumber: Pengolahan data sekunder, 2018

Puskesmas Liukang Tangaya memiliki ketersediaan tenaga yang belum mencukupi standar yang ditetapkan yaitu dari standar 27 ketenagaan yang harus dimiliki, puskemas ini hanya memiliki tenaga kesehatan sebanyak 18 orang. Artinya kebutuhan tenaga kesehatan di puskesmas ini sebanyak 9 orang.

Dari jumlah kebutuhan tenaga kesehatan tersebut, jenis ketenagaan yang paling mendesak untuk direalisasikan adalah dokter, sanitarian, gizi, dan tenaga administrasi. Jenis ketenagaan yang fungsinya sangat vital di masyarakat justru tidak dimiliki oleh Puskesmas Liukang Tangaya, sehingga bisa dikatakan bahwa masyarakat yang berada di kepulauan ini memiliki permasalahan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang rendah. Akibatnya, penanganan masalah penyakit, pengelolaan lingkungan sehat, dan penanganan masalah gizi tidak terkelola sesuai dengan prosedur dan standar kualitas yang diharapkan.

Tabel 10

Distribusi Jumlah, Jenis, dan Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Salius

NO	JENIS TENAGA	KETERSEDIAAN TENAGA	STANDAR	SELISIH
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	dr. Umum	0	1	-1
2	dr. Gigi	0	1	-1
3	Apoteker	0	1	0
4	Asisten apoteker / Farmasi	1		
5	Perawat (S1) Ners	2	5	-1
6	Perawat D IV	0		
7	Perawat DIII	2		
8	SPK	0		
9	Bidan D IV	0	4	0
10	Bidan D III	5		
11	Bidan D I	0		
12	Perawat gigi	0	0	0
13	Tenaga Kesmas	0	1	-1
14	Tenaga Kesling	0	1	-1
15	Tenaga Gizi	1	1	0
16	Ahli Teknologi Lab Medic	0	1	-1
17	Keteknisian Medis	0	0	0
18	Tenaga Administrasi	0	2	-2
19	Pekarya	0	1	-1
JUMLAH		11	19	

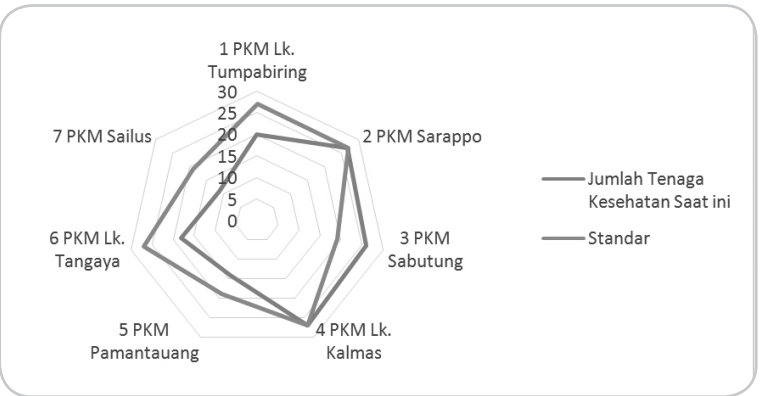
Sumber: Pengolahan data sekunder, 2018

Puskesmas Salius hanya memiliki 11 orang tenaga kesehatan yang seharusnya menurut standar, puskesmas ini memerlukan 19 orang. Jadi jumlah kekurangan tenaga kesehatan pada puskesmas ini sebanyak 7 orang.

Tabel di atas menggambarkan keadaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Salius terselenggara dalam postur yang sangat minimalis, mengingat hampir semua jenis ketenagaan yang dibutuhkan dalam pemberian pelayanan kesehatan mengalami kekurangan, bahkan ada beberapa jenis ketenagaan yang sama sekali tidak ada seperti dokter, dokter gigi, kesmas, sanitarian, teknis medis, dan administrasi.

Deskripsi ketenagaan kesehatan masing-masing puskesmas di wilayah kepulauan Kabupaten Pangkep memperlihatkan kekurangan dari segi jumlah dan kelebihan jenis ketenagaan tertentu. Untuk melihat perbandingan kebutuhan jumlah ketenagaan yang diperlukan berdasarkan metode Standar Ketenagaan Minimal pada semua puskesmas yang menangani wilayah kepulauan, dapat digambarkan pada grafik jaring laba-laba di bawah ini:

Grafik 3
Tingkat Perbandingan Ketersediaan Jumlah Tenaga Kesehatan Puskesmas Kepulauan dengan Standar Ketenagaan Minimal
Kabupaten Pangkep Tahun 2018



Dari 7 puskesmas kepulauan di Kabupaten Pangkep terdapat 2 puskesmas yang jumlah ketenagaannya sudah sesuai dengan standar yaitu Puskesmas Sarappo dan Puskesmas Liukang Kalmas, namun masih terdapat 4 puskesmas yang mengalami kekurangan jumlah ketenagaan yaitu Puskesmas Liukang Tu'pabiring, Puskesmas Pamantauang, Puskesmas Liukang Tangaya, dan Puskesmas Salius. Khusus untuk Puskesmas Sabutung, jumlah

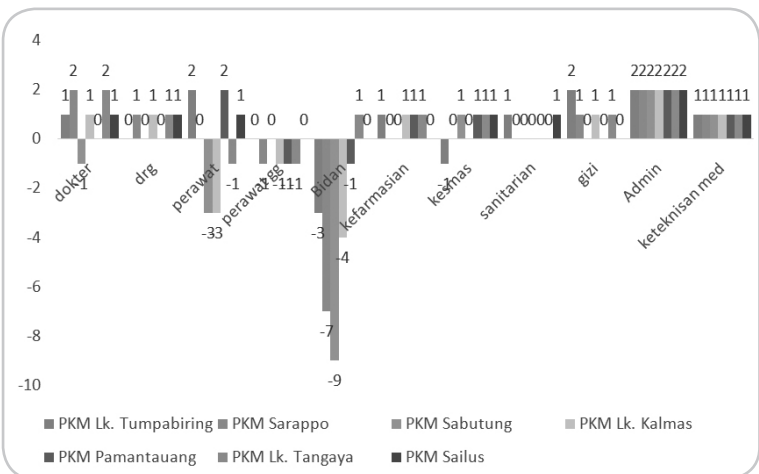
ketenagaan kesehatan yang dimiliki justru mengalami kelebihan.

Selain jumlah ketenagaan yang menjadi kebutuhan puskesmas, jenis tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dalam berbagai program masih memperlihatkan tingkat kebutuhan dengan skala yang bervariasi.

Informasi di bawah ini menggambarkan distribusi jenis tenaga kesehatan di puskesmas kepulauan di Kabupaten Pangkep, sebagai berikut:

Grafik 4

Pola Distribusi Jenis Ketenagaan Kesehatan di Puskesmas Kepulauan Kabupaten Pangkep Tahun 2018



Grafik di atas mendeskripkan kondisi distribusi jenis ketenagaan kesehatan dokter, perawat, perawat gigi, bidan, dan kesmas yang tidak merata. Terdapat puskesmas yang mengalami kelebihan jenis ketenagaan dan terdapat pula yang justru mengalami kekurangan.

Sedangkan jenis ketenagaan dokter, dokter gigi, kefarmasian, kesmas, sanitarian, gizi, administrasi, dan keteknisan medis hampir semua puskesmas mengalami kekurangan.

Rekapitulasi kebutuhan jenis ketenagaan kesehatan yang dibutuhkan oleh masing-masing puskesmas kepulauan di Kabupaten Pangkep digambarkan pada tabel di bawah ini:

Tabel 11
Rekapitulasi Kebutuhan Jenis Tenaga Kesehatan Puskesmas Kepulauan Kabupaten Pangkep Tahun 2018

No	Nama Puskesmas Kepulauan	dr	drg	Perawat	Perawat gigi	Bidan	Farmasi	Kesmas	KL	Gizi	Adm	Lab. Med
1	PKM Lk. Tumpabiring	1	0	2	0	-3	1	-1	1	2	2	1
2	PKM Sarappo	2	1	0	-1	-7	0	0	0	1	2	1
3	PKM Sabutung	-1	0	-3	0	-9	0	1	0	0	2	1
4	PKM Lk. Kalmas	1	1	-3	-1	-4	1	0	0	1	2	1
5	PKM Pamantauang	0	0	2	-1	-1	1	1	0	0	2	1
6	PKM Lk. Tangaya	2	1	-1	-1	1	1	1	0	1	2	1
7	PKM Sailus	1	1	1	0	0	0	1	1	0	2	1
Jumlah Kebutuhan		**6**	**4**	**-2**	**-4**	**-23**	**4**	**3**	**2**	**5**	**14**	**7**

Sumber: Pengolahan data sekunder, 2018

Kebutuhan terbanyak jenis ketenagaan adalah kebutuhan akan tenaga non-kesehatan yang menangani pelayanan administrasi yaitu sebanyak 14 orang menyusul secara berturut-turut jenis ketenagaan laboratorium medik, dokter, gizi, dokter gigi, farmasi, kesmas, dan kesehatan lingkungan.

Tiga jenis ketenagaan kesehatan sudah mengalami kelebihan jumlah diantaranya bidan, perawat, dan perawat gigi dengan jumlah kelebihan terbanyak dialami oleh jenis ketenagaan bidan.

C. ANALISA TANTANGAN DAN GAP KEBUTUHAN SEKTOR KESEHATAN UNTUK KECAMATAN DI WILAYAH KEPULAUAN, TERMASUK KELEBIHAN DAN KEKURANGAN KEBIJAKAN PEMERINTAH KABUPATEN PANGKEP TENTANG DISTRIBUSI SDM KESEHATAN SELAMA INI.

Paparan data dan informasi mengenai keadaan ketenagaan kesehatan di Kabupaten Pangkep sebagaimana yang telah diuraikan di atas memperlihatkan adanya beberapa tantangan dan gap yang sedang dihadapi.

Secara spesifik, klasifikasi tantangan dan gap ketenagaan kesehatan khusus ditujukan kepada pemetaan permasalahan yang dihadapi oleh puskesmas kepulauan,mengingat kategori wilayah kepulauan memiliki kerentanan dalam mendapatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang adekuat dan berkualitas.

Tantangan dan gap tersebut dapat diidentifikasi dalam beberapa isu, diantaranya:

1. **Perencanaan SDMK belum memanfaatkan data dan informasi yang akurat dan belum menggunakan metode Analisis Beban Kerja (ABK)secara tepat dalam penentuan kebutuhan jumlah dan jenis ketenagaan kesehatan.**

   Umumnya puskesmas kepulauan mengusulkan kebutuhan tenaga kesehatan dalam perencanaannya berdasarkan kekurangan dari standardisasi yang ditentukan dan hanya mempertimbangkan permasalahan capaian kinerja pada layanan tertentu. Akibatnya, usulan ketenagaan kesehatan kemungkinannya tidak sesuai dengan kebutuhan riil yang dirasakan masyarakat.

Penggunaan data dan informasi yang akurat dalam menilai tingkat kebutuhan ketenagaan belum dimanfaatkan dengan baik oleh karena sistim informasi ketenagaan kesehatan di Kabupaten Pangkep belum tertata secara teratur. Padahal, jika perencanaan dikembangkan berdasarkan data dan informasi yang akurat, maka refleksi kebutuhan ketenagaan dirancang sesuai dengan permasalahan dan tuntutan pelayanan berkualitas di lapangan.

Ketersediaan data dan informasi yang akurat akan memudahkan unit layanan dalam menghitung tingkat kebutuhan ketenagaan aktual dengan mempertimbangkan berbagai variabel-variabel penilaian secara tepat. Tidak adanya data dan informasi yang tersedia menyebabkan puskesmas di kepulauan belum menggunakan metode Analisis Beban Kerja (ABK) dalam menentukan tingkat kebutuhan ketenagaan puskesmasnya. Selain itu, kemampuan tenaga puskesmas mengimplementasikan metode ABK belum terbentuk secara terampil.

Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan sesungguhnya direkomendasikan untuk menggunakan kombinasi dari berbagai metode supaya tingkat akurasi

kebutuhan ketenagaan, secara statistik memiliki level kepercayaan yang tinggi.

2. **Ketersediaan dan distribusi ketenagaan dokter yang tidak merata**

Secara general, ketersediaan tenaga dokter puskesmas yang berada di kepulauan belum memenuhi standar kelayakan. Namun demikian, terdapat satu puskesmas yakni Puskesmas Sabutung memiliki kelebihan satu orang dokter. Ini menandakan bahwa distribusi ketenagaan dokter belum merata berdasarkan jumlah dokter yang dimiliki saat ini.

\Puskesmas yang tidak memiliki jenis ketenagaan dokter dan dokter gigi sangat mempengaruhi kinerjanya, mengingat pelayanan pengobatan dasar yang menjadi salah satu program wajib puskesmas pasti tidak terkelola dengan baik. Ketika terjadi kasus-kasus *emergency,*dimana kasus tersebut harus mendapatkan tindakan medis, tentu yang melakukannya adalah tenaga yang tidak mendapatkan kewenangan dalam mengelola fungsi pengobatan. Resikonya adalah tenaga

yang memberikan tindakan medik itu akan berhadapan dengan tuntutan dan ancaman mallpraktek.

\Situasi alternatif yang kemungkinan muncul akibat tidak tersedianya tenaga medis di puskesmas adalah penyakit-penyakit yang seharusnya mendapatkan pertolongan pertama dan dapat dicegah, bisa mengakibatkan kondisi yang fatal yaitu kematian karena terlambat mendapatkan pelayanan kesehatan yang adekuat.

\Konstruksi situasi lainnya akibat ketiadaan tenaga medik di puskesmas adalah berkembangnya perilaku swamedikasi masyarakat dalam mengobati sendiri penyakitnya yang berpotensi mengakibatkan komplikasi penyakit yang lebih parah atau membiarkannya sama sekali bahkan pula semakin menguat tradisi pemanfaatan dukun dalam pengobatan.

3. Kelebihan tenaga perawat dan bidan di hampir semua puskesmas

Perawat dan bidan merupakan dua jenis ketenagaan kesehatan yang mengalami *overstock*jumlah pada hampir semua puskesmas kepulauan. Selain itu, kualitas

ketenagaan ini dalam memberikan pelayanan relatif belum memadai, paling tidak berdasarkan ukuran kualifikasi pendidikan dan kompetensi. Kualifikasi pendidikan diukur menurut jenjang pendidikan, sedangkan kompetensi dinilai dari variabel kepemilikan Surat Tanda Registrasi (STR) dari organisasi profesi. Banyaknya perawat dan bidan yang bekerja di puskesmas dengan status Tenaga Harian Lepas imbas dari output yang dihasilkan oleh institusi pendidikan yang membina prodi kebidanan dan keperawatan mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Yang lebih mengkhawatirkan lagi, kuantitas luaran ketenagaan ini belum berbanding linear dengan kualitas yang dimiliki.

Ketenagaan perawat dan bidan sesungguhnya bisa dioptimalkan fungsinya dalam rangka memenuhi semua jenis kebutuhan puskesmas yang ada. Optimalisasi peran dan fungsi tersebut sangat ditentukan kepiawaian kepemimpinan puskesmas dalam mengelola *job description* setiap ketenagaan yang dimilikinya.

Selain optimalisasi fungsi, metode lain yang perlu diintrodusir dalam mengelola kelebihan jumlah tenaga kesehatan di puskesmas adalah meningkatkan output/

kinerja puskesmas dengan cara peningkatan target cakupan layanan atau perluasan dimensi layanan, sehingga keberadaan setiap tenaga kesehatan memiliki signifikansi dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat kepulauan. Metode ini dianggap rasional dan semakin menemukan relevansinya pada wilayah kepulauan karena ciri demografis kepulauan memiliki kerentanan dan kompleksitas permasalahan kesehatan.

4. **Kekurangan tenaga administrasi dan laboratorium medik di seluruh puskesmas kepulauan**

Keluhan kepala puskesmas terhadap rendahnya capaian target dan indikator pelayanan umumnya berkisar pada volume waktu yang banyak digunakan untuk kegiatan-kegiatan administratif seperti pencatatan dan pelaporan program-program yang dikelola puskesmas. Penggunaan waktu yang relatif lama dalam menyelesaikan aktivitas administratif terjadi karena tidak adanya ketenagaan khusus yang tersedia mengerjakan lingkup tugas ini, sehingga tanggungjawab ini dibebankan kepada tenaga kesehatan lainnya seperti perawat dan bidan.

Idealnya semua pelaksanaan tugas administrasi pelayanan kesehatan dikendalikan oleh tenaga non-kesehatan yang khusus direkrut untuk itu, sebagaimana arahan Permenkes Nomor 75 tahun 2014 tentang puskesmas.

Begitupun juga ketersediaan tenaga laboratorium medik yang tidak tersedia sama sekali secara langsung akan mempengaruhi kualitas pelayanan pemeriksaan dan pengobatan dasar. Beberapa jenis penyakit memerlukan penunjang hasil pemeriksaan laboratorium untuk memastikan penegakan diagnosa dalam rangka pemberian pengobatan yang tepat. Efektivitas pengobatan yang tepat bermuara pada peningkatan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan puskesmas. Dengan demikian, masyarakat akan terus memanfaatkan puskesmas secara berkesinambungan.

5. **Kebutuhan ketenagaan gizi, sanitarian, dan kesmas perlu ditingkatkan dalam menunjang peran utama puskesmas kepulauan terhadap pelayanan promotif dan preventif serta pengentasan masalah *stunting* yang menjadi Agenda Prioritas Pembangunan Kesehatan Nasional.**

Sistim Kesehatan Nasional menempatkan puskesmas sebagai upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang bertujuan memberikan pelayanan kesehatan dasar dengan mengutamakan pelayanan promotif dan preventif.

Penekanan pelayanan promotif dan preventif di puskesmas nampaknya belum sesuai dengan ketersediaan jenis ketenagaan kesehatan. Ketenagaan kesehatan yang bertanggungjawab dan memiliki kompetensi dalam mengelola pelayanan promotif dan preventif, jumlahnya jauh lebih sedikit dibandingkan dengan keterediaan tenaga kesehatan untuk pelayanan kuratif dan rehabilitatif.

Jenis ketenagaan promotif dan preventif seperti gizi, sanitarian, kesmas secara dominan belum mencukupi di semua puskesmas kepulauan di Kabupaten Pangkep. Inilah yang menjelaskan tipikal pelayanan puskesmas di kepulauan masih lebih kental penyelenggaraan pelayanan dalam gedung. Upaya promotif dan pencegahan oleh puskesmas kepulauan, semestinya lebih banyak berdimensi pelayanan luar gedung, meskipun puskesmas tersebut termasuk puskesmas keperawatan.

Tuntutan akan ketenagaan ini semakin dibutuhkan menyusul ditetapkannya prioritas pembangunan nasional yang berupaya untuk mengatasi masalah stunting (badan pendek akibat kekurangan gizi) sebagai penyebab mendasar rendahnya kualitas sumber daya manusia indonesia.

Selain itu, munculnya kembali penyakit-penyakit yang sudah tereliminasi seperti polio, kusta, campak mengindikasikan belum berjalannya program-program yang berorientasi promo-preventif misalnya promosi kesehatan, gizi, dan sanitarian.

6. **Kompetensi tenaga kesehatan yang rendah (kualifikasi pendidikan dan keterampilan teknis/kompetensi)**

Kompetensi tenaga kesehatan diukur dari akumulasi variabel tingkat pendidikan formal dan keprofesian yang dimiliki. Umumnya tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas kepulauan masih dominan memiliki jenjang pendidikan akademi, bahkan terdapat tenaga kesehatan yang masih berada pada jenjang SMA dan sederajat.

Selain itu, tenaga kesehatan di pulau sangat jarang mengikuti pendidikan dan pelatihan keprofesian akibat jarak yang jauh dengan akses informasi yang terbatas. Bagi tenaga kesehatan yang berkesempatan mengikuti pelatihan-pelatihan teknis keprofesian yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan atau organisasi profesi, biasanya mereka tidak memiliki ruang yang cukup untuk memantapkan keahliannya melalui upaya tindak lanjut sebagai akibat dari terbatasnya fasilitas yang dimiliki di kepulauan. Artinya, efektivitas peningkatan kompetensi yang selama ini dilakukan bagi tenaga kesehatan kepulauan, hanya sampai pada aspek *knowledge skill*, padahal yang banyak dibutuhkan adalah kemampuan level *practice skill*. Permasalahan kompetensi dasar yang relatif rendah diperparah lagi dengan ketidakmampuan tenaga kesehatan dalam mengembangkan pola interaksi dan interelasi sosial terhadap masyarakat dengan basis kultural kepulauan. Kemungkinan besar kemampuan sosiologis inilah yang mengakibatkan tingkat retensi tenaga kesehatan di pulau sangatlah rendah.

7. **Intensitas Pembinaan dan konsistensi pengawasan kinerja tenaga kesehatan**

Retensi tenaga kesehatan di kepulauan bukan hanya dipengaruhi secara determinan oleh besarnya insentif yang diterima, akan tetapi pengawasan yang ketat dari pimpinan sangatlah menentukan. Tentu saja, aspek kelengkapan infrastruktur kepulauan dan kemudahan dalam menyelesaikan pekerjaan yang dibebankan merupakan salah satu variabel penentu.

Pembinaan tenaga kesehatan kepulauan merupakan intervensi yang dianggap tepat dalam rangka peningkatan motivasi dan keterampilan tenaga kesehatan, sehingga tingkat retensi mereka di kepulauan bisa menjadi lebih lama. Hal yang sama, retensi juga dipengaruhi oleh faktor pengawasan dari pimpinan yang banyak ditentukan oleh mekanisme penerapan sanksi bagi tenaga kesehatan yang dianggap melakukan pelanggaran kode etik atau penyimpangan tupoksi.

Pola pembinaan yang dilakukan selama ini oleh DKK Kabupaten Pangkep masih bersifat sporadis dan monumental, belum diselenggarakan secara sistemik dengan pola pembinaan yang bersifat

reguler. Pembinaan tenaga kesehatan selama ini hanya menfasilitasi penyelenggaraan program-program pembinaan dari DKP Sulsel yang bertujuan untuk memantapkan dan menyukseskan penyelenggaraan program-program nasional. Pembinaan yang terfokus pada penanganan masalah dan isu lokal belum banyak diinisiasi oleh pemerintah setempat.

Kebutuhan terhadap pembinaan ketenagaan kesehatan di kepulauan memiliki vitalitas yang tinggi karena rerata keterampilan teknis pekerjaan ketenagaan yang dimiliki relatif masih kurang. Tenaga kesehatan dengan kemampuan kerja yang cukup akan merasakan pekerjaan yang ditanganinya relatif mudah. Dengan demikian, mereka tidak merasa terbebani pekerjaan tersebut yang dalam beberapa hal akan meningkatkan motivasi kerjanya, termasuk motivasinya untuk tetap tinggal di pulau.

Pengawasan terhadap tenaga kesehatan merupakan satu instrumen pengkondisian untuk memastikan tenaga kesehatan kepulauan tetap berada di pulau dengan tingkat kinerja yang menyakinkan. Fakta lapangan menunjukkan bahwa mekanisme pengawasan

sudah berjalan sesuai prosedur, namun mekanisme pemberian sanksinya yang masih perlu ditingkatkan. Penerapan sanksi belum dilakukan secara tegas sehingga menimbulkan kesan adanya inkonsistensi. Kenyataan ini secara langsung akan mempengaruhi motivasi tenaga kesehatan lainnya untuk tidak mengindahkan pelanggaran norma karena tidak memberikan efek jera. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa pengawasan sebagai instrumen utama pengendalian belum difungsikan sebagaimana mestinya.

8. Mekanisme aduan masyarakat terhadap kepuasan pelayanan dari tenaga kesehatan

Kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan puskesmas merupakan salah satu indikator utama dalam menilai kualitas pelayanan. Penanganan keluhan masyarakat terhadap permasalahan yang dihadapi selama mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas memiliki nilai acuan yang tinggi guna mendapatkan tingkat kepuasan masyarakat.

Fakta di lapangan memperlihatkan pengelolaan aduan masyarakat di puskesmas kepulauan belum dikelola

dengan baik. Standar pengelolaan aduan bagi suatu puskesmas adalah adanya mekanisme aduan yang dituangkan dalam bentuk SOP dan mekanisme tersebut disusun secara bersama antara pihak puskesmas sebagai *provider* dan pihak masyarakat sebagai *user*. Sebelum SOP mekanisme aduan diberlakukan, sedapat mungkin pihak puskesmas melakukan sosialisasi yang merata kepada seluruh masyarakat karena masyarakatlah yang menjadi subyek pelaksanaan aturan ini.

Terdapat puskesmas yang memiliki SOP mekanisme aduan, namun kelihatannya SOP tersebut belum disusun berdasarkan karakteristik masyarakat yang menjadi sasaran pelayanannya. Akibatnya, SOP mekanisme aduan belum terselenggara dengan baik.

Keberadaan mekanisme aduan masyarakat dapat diintegrasikan dengan pola pengawasan ketenagaan yang selama ini juga belum mendengarkan suara masyarakat sebagai pertimbangan mendasar.

9. **Pola kepemimpinan puskesmas dalam menjalankan tatakelola organisasi puskesmas belum sesuai prinsip *good governance.***

Prinsip *good governance* dalam pemberian layanan mensyaratkan adanya transparansi dan akuntabilitas serta berkeadilan dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk semua masyarakat tanpa memandang kelas dan status. Konstruksi layanan seperti banyak ditentukan oleh kemampuan managerial dari pimpinan puskesmas. Dengan demikian, peran *leadership* sangat mempengaruhi performace kerja puskesmas guna mewujudkan pelaksanaan prinsip *good governance*pada setiap praktek layanan di puskesmas. Transparansi pengelolaan informasi dibeberapa puskesmas kepulauan belum diterapkan terutama dalam proses pengambilan keputusan oleh kepala puskesmas. Pola pengambilan keputusan seringkali hanya melibatkan beberapa staf puskesmas saja dan keputusan-keputusan tersebut belum dikomunikasikan secara merata kepada semua staf puskesmas. Dampaknya, instruksi pelaksanaan tugas dari pimpinan

tidak berhasil diterjemahkan dengan baik oleh staf dalam bentuk tindakan.

Begitupun juga pelaksanaan akuntabilitas program yang dimulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi belum terselenggara berdasarkan parameter-parameter standardisasi. Katakanlah dalam kegiatan penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) belum memanfaatkan informasi yang obyektif dan terukur. Situasi kepemimpinan puskesmas kepulauan seperti ini terjadi tidak terlepas dari rendahnya kompetensi administrasi dan manajemen ketenagaan puskesmas di kepulauan.

Pengawasan dari pimpinan yang lebih tinggi (pengawasan dari DKK Pangkep) secara ketat turut berkontribusi terhadap rendahnya pemanfaatan prinsip-prinsip *good governance* pada semua jenis pelayanan puskesmas di kepulauan.

10. Kerjasama lintas sektor dan pelibatan peran kecamatan dan pemerintahan desa dalam memberikan pengawasan kepada kinerja puskesmas kepulauan

Pengawasan yang dianggap instrumen dalam pengendalian peran dan fungsi tenaga kesehatan di puskesmas agar tetap sesuai dengan tupoksinya perlu dibaca ulang dalam konteks efektivitasnya di lapangan. Jarak yang jauh antara puskesmas kepulauan dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep menjadi hambatan tersendiri bagi DKK dalam menerapkan model atau metode pengawasan yang tepat. Tantangan jarak ini membutuhkan adanya penyesuaian melalui pelibatan pemerintah terdekat dan masyarakat dalam mengawasi keberadaan dan kinerja tenaga kesehatan di kepulauan.

Pihak pemerintah yang memiliki rentang kendali terdekat dengan fasilitas puskesmas adalah pemerintah tingkat kecamatan dan pemerintahan desa. Dua tingkatan pemerintahan ini perlu dilibatkan secara mekanistis dalam memberikan pengawasan kepada setiap tenaga kesehatan yang berada di kepulauan. Cara pengawasan melalui pelibatan pihak ekternal

akan memberikan hasil penilaian yang lebih obyektif, sehingga tindakan pengendalian yang diambil merupakan tindakan yang dianggap rasional.

Pelibatan pemerintah tingkat kecamatan dan desa dalam mengontrol kinerja puskesmas merupakan penjabaran kebijakan desentralisasi kewenangan melalui perluasan peranan dan fungsi kecamatan dan desa yang berkaitan dengan pelayanan publik, dalam hal ini pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas.

Selain itu, perluasan mekanisme pengawasan membutuhkan partisipasi langsung masyarakat karena masyarakatlah yang paling mengetahui keberadaan tenaga kesehatan yang bekerja di kepulauan. Mekanisme pengawasan obyektif-partisipatif ini hanya bisa operasional jika disusun secara bersama oleh semua pihak melalui pembinaan langsung dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep.

Analisa Kelebihan dan Kekurangan Kebijakan Pemerintah Kabupaten Pangkep Dalam Pemenuhan SDM Kesehatan Di Wilayah Kepulauan

KEBIJAKAN-kebijakan lokal yang digunakan dalam manajemen SDMK kepulauan di Kabupaten Pangkep dikembangkan berdasarkan kebijakan di tingkat nasional dan provinsi. Gambaran kebijakan nasional sudah dipaparkan pada bagian sebelumnya dalam laporan ini.

Bagian ini membedah dan menganalisis kebijakan-kebijakan lokal yang penyusunan dan pengembangannya tetap berdasarkan pada peraturan yang lebih tinggi. Untuk memahami secara komprehensif kebijakan pengelolaan ketenagaan kesehatan kepulauan di Kabupaten Pangkep, terlebih dahulu analisis kebijakan ini diawali dengan memaparkan pokok-pokok pengaturan ketenagaan kesehatan yang terdapat pada dokumen Rencana Strategi

Pembangunan Kesehatan Provinsi Sulsel sebagai landasan dasar pengembangan isu strategis pembangunan kesehatan Kabupaten Pangkep yang sudah dituangkan pada RPJMD Kabupaten Pangkep 2016-2021.

1. Rencana Strategi Dinas Kesehatan Provinsi 2013-2018

Beberapa isu strategis yang berkaitan dengan sumber daya manusia kesehatan yang tertera pada Rencana Strategi Dinas Kesehatan Provinsi Sulsel 2013 memperlihatkan permasalahan kecukupan ketenagaan, baik jumlah, jenis, kualitas dan distribusinya secara proporsional. Permasalahan ini sangat mempengaruhi akses pelayanan kesehatan yang berkualitas dan secara langsung dapat memberikan dampak terhadap melonjaknya kasus-kasus penyakit dengan tingkat penanganan yang sangat terbatas.

Analisa terhadap kecukupan ketenagaan kesehatan masih dikembangkan secara umum dan belum menggambarkan tingkat kebutuhan spesifik ketenagaan kesehatan bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di daerah tertinggal, pegunungandan kepulauan(DTPK).

Kelemahan dokumen kebijakan renstra ini adalah penetapan jumlah dan jenis ketenagaan kesehatan yang dibutuhkan tidak disertai narasi keberpihakan kebutuhan untuk wilayah DTKP. Dalam banyak hal, content

kebijakan yang menunjuk permasalahan kecukupan ketenagaan tanpa dilengkapi analisis pola distribusi dengan mencantumkan secara eksplisit kebutuhan riil ketenagaan di wilayah DTKP hanya akan menyebabkan persoalan baru pada pola distribusi yaitu jumlah dan jenis ketenagaan kesehatan tetap menumpuk di wilayah perkotaan.

Selain persoalan kuantitas, jenis ketenagaan kesehatan untuk semua profesi masih dihadapi oleh Pemerintah Provinsi Sulsel. Dalam tujuan dan sasaran jangka menengah tentang ketersediaan tenaga kesehatan, ditargetkan rasio ketenagaan kesehatan mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Merujuk pada sasaran ini, maka Pemerintah Kabupaten Pangkep seyogianya mengalokasikan penambahan jenis ketenagaan kesehatan menurut ketercapaian rasio yang diharapkan yaitu jumlah tenaga kesehatan tertentu per 100.000 penduduk yang dilayani.

Kekuatan yang dimiliki pada dokumen perencanaan ini adalah terbukanya ruang dan peluang bagi masyarakat untuk diposisikan sebagai subyek penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Ini berarti bahwa kebutuhan untuk melibatkan masyarakat dalam pengawasan

sebagaimana yang ditemukan sebagai salah satu masalah dan tuntutan puskesmas kepulauan, arah penyelesaiannya menjadi lebih realistis, mengingat adanya justifikasi dasar hukum yang legitimate untuk pengembangan dalam perencanaan pembangunan kesehatan di daerah.

Daerah tidak mengalami kesulitan untuk menyusun suatu kebijakan yang bertujuan pelibatan partisipasi masyarakat terhadap pengawasan tenaga kesehatan kepulauan dan terhadap peningkatan kinerjanya dalam memberikan layanan kepada masyarakat. Begitupun juga pelibatan sektor lain dalam mendukung program pelayanan kesehatan puskesmas kepulauan sangat memerlukan inisiatif local dari pemerintah daerah dalam penanganannya.

Berdasarkan isi renstra diungkapkan bahwa dalam pembangunan kesehatan, integrasi dengan sektor terkait belum dilaksanakan secara optimal dan koordinasi pada semua tingkat administrasi pemerintahan masih perlu ditingkatkan. Oleh karena itu, pemerintah daerah diharapkan untuk mengembangkan program-program yang bertujuan peningkatan peran serta lintas sektor dalam pembangunan kesehatan di daerah. Kabupaten Pangkep dalam konteks ini perlu memikirkan pelibatan pemerintah tingkat kecamatan dan pemerintahan desa

serta masyarakat dalam pengawasan tenaga kesehatan yang bertugas di kepulauan guna menjamin adanya penilaian yang bersifat obyektif.

2. Rencana Strategi Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep 2016-2021

Pada renstra DKK Kabupaten Pangkep, pengaturan SDMKtercantum secara eksplisit pada bagian tujuan dan sasaran jangka menengah pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Pangkep. Tujuan yang ditetapkan adalah meningkatkan status kesehatan masyarakat dengan sasaran meningkatkan kuantitas, kualitas, dan pemerataan sumber daya kesehatan.

Pada tahun 2018, DKK kabupaten pangkep menetapkan indikator pemenuhan sasaran kuantitas, kualitas, dan pemerataan SDMK untuk semua jenis ketenagaan diantaranya persentase puskesmas yang memiliki ketenagaan dokter sebanyak 78,26 persen, dokter gigi sebanyak 95,65 persen, kesmas sebanyak 82,61 persen, kefarmasian sebanyak 82,61 persen, sanitarian sebanyak 86,96 persen, dan gizi sebanyak 95,65 persen. Indikator pemenuhan semua jenis tenaga kesehatan di

Kabupaten Pangkep diharapkan dapat dicapai 100 persen pada tahun 2020.

Pengaturan pengelolaan SDMK di Pangkep sudah terencana dengan baik dalam dokumen renstra, sehingga memudahkan bagi DKK Pangkep dan puskesmas mengembangkan berbagai kebijakan lokal dalam mendukung pencapaian tujuan dan sasaran tersebut.

Kemungkinan capaian indikator pemenuhan tenaga kesehatan di Kabupaten Pangkep pada tahun 2018 terpenuhi secara kuantitas, namun dipastikan pola distribusinya yang belum merata, khususnya ketersediaan tenaga kesehatan jenis profesi tertentu di puskesmas kepulauan. Tenaga dokter, gizi, kesmas, dan sanitarian adalah jenis ketenagaan kesehatan denganjumlah yang sangat minim, bahkan ada jenis ketenagaan tertentu yang sama sekali tidak dimiliki.

Idealnya Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep mengedepankan isu strategis pelayanan kesehatan berbasis wilayah kepulauan sebagaimana strategi pembangunan Kabupaten Pangkep dengan gugus kepulauan yang sudah ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Pangkep 2016-2021. Belum kelihatan kekhasan pembangunan kesehatan yang berciri kepulauan

dalam renstra tersebut. Akibatnya pola pemberian pelayanan kesehatan terkesan terselenggara secara normatif atau generik, sehingga suatu kewajaran jika percepatan penangannya masih mengalami kendala dari berbagai aspek.

Jika strategi pembangunan Kabupaten Pangkep berdasarkan RPJMD dijabarkan secara padu pada strategi pembangunan kesehatan wilayah, maka puskesmas kepulauan semestinya mendapatkan alokasi pemanfaatan *resources* kesehatan yang lebih banyak.

3. Surat Keputusan Bupati Pangkep tentang Pemberian Penghasilan Berdasarkan Tempat Tugas bagi Tenaga Kesehatan Dalam Lingkup Dinkes Kabupaten Pangkep Tahun 2018

Pemberian insentif dianggap dapat meningkatkan motivasi dan retensi tenaga kesehatan di kepulauan. Oleh karena itu, Bupati Pangkep mengeluarkan kebijakan pemberian insentif bagi tenaga kesehatan yang bekerja di kepulauan melalui Surat Keputusan Bupati Nomor 100 tahun 2018.

Kebijakan ini mengklasifikasikan jumlah penghasilan tambahan bagi tenaga kesehatan berdasarkan jenis

ketenagaan dan tempat tugas yang terbagi dalam tiga kategori yaitu daerah daratan, daerah terpencil, dan sangat terpencil. Bagi tenaga kesehatan yang bekerja di kepulauan dapat dikategorikan sebagai daerah sangat terpencil khususnya kepulauan yang terletak pada perbatasan wilayah provinsi lain. Besar tunjangan dokter, dokter gigi, dan apoteker pada daerah sangat terpencil sebanyak 2.000.000 per bulan, sedangkan bagi tenaga kesehatan masyarakat sebanyak 1.000.000 per bulan. Sementara itu, bagi tenaga kesehatan keperawatan mendapatkan tunjangan tambahan sebanyak 750.000 per bulannya dan kepala puskesmas dengan tambahan penghasilan sebanyak 2.500.000 per bulan serta kepala sub bagian tata usaha mendapatkan tambahan penghasilan sebesar 1.250.000 per bulannya.

Sumber biaya pengeluaran tambahan penghasilan tersebut dibebankan kepada Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Pangkep. Ini berarti bahwa komitmen Bupati Pangkep dalam menyediakan pelayanan kesehatan di kepulauan secara berkualitas sangat konkrit.

Penilaian efektivitas kebijakan tambahan penghasilan bagi tenaga kesehatan ini belum teruji secara nyata karena belum ada evaluasi spesifik terkait dengan implementasi

kebijakan ini. Namun demikian, efektivitas suatu kebijakan biasanya ditentukan oleh mekanisme pengawasan dalam memastikan tugas dan fungsi tenaga kesehatan terlaksana sesuai dengan target yang ditentukan. Disamping itu, dibutuhkan juga suatu perangkat kebijakan teknis yang mempersyaratkan penerimaan tambahan penghasilan hanya jika memenuhi semua kinerja yang ditetapkan.

Mekanisme pemberian tambahan penghasilan ini akan dituangkan dalam bentuk Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep. Dengan demikian, poin pemenuhan kinerja tenaga kesehatan sebagai salah satu poin persyaratan dapat diinjeksi pada kebijakan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep tersebut.

4. SK Bupati tentang pengangkatan Tenaga Harian Lepas

Pemenuhan kebutuhan jumlah dan jenis ketenagaan kesehatan di Kabupaten Pangkep ditempuh melalui kebijakan pengangkatan tenaga kesehatan dengan status Tenaga Harian Lepas. Kebijakan ini diambil karena tidak adanya pengangkatan CPNS kesehatan di daerah ini sejak tahun 2010 sampai saat ini.

Pemerintah Daerah Kabupaten Pangkep mengalokasikan besar insentif yang diterima oleh tenaga

kesehatan tertentu di kepulauan yang bersumber dari APBD. Mengingat alokasi anggaran APBD untuk kesehatan terbatas, maka jumlah rekruitmen ketenagaan kesehatan yang dibutuhkan masih dianggap belum sesuai dengan tingkat kebutuhan.

Dalam beberapa aspek, kebijakan ini memiliki kelebihan diantaranya mampu menutup kekurangan jumlah dan jenis ketenagaan yang ada di sebagian besar puskesmas kepulauan. Selain mengatasi kekurangan, kebijakan ini dianggap memiliki fleksibilitas bagi puskesmas dalam mengelola retensi tenaga kesehatan di kepulauan. Artinya, tenaga harian lepas dapat difungsikan secara optimal mendampingi tenaga kesehatan organik puskesmas.

Tentu saja kekuatan lain dari kebijakan ini adalah mengurangi tingkat pengangguran tenaga kesehatan yang berlimpah, khususnya ketenagaan perawat dan bidan.

Kekurangan dari kebijakan ini adalah belum teralokasinya distribusi tenaga kesehatan status tenaga harian lepas ke berbagai puskesmas kepulauan secara proporsional. Ini berarti bahwa pengangkatan staf THL relatif belum mampu menghadirkan jaminan pelayanan kesehatan yang merata dan bermutu, khususnya bagi masyarakat kepulauan di Kabupaten Pangkep.

5. **Dokumen Perencanaan SDMK Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep**

Kebijakan ini menggambarkan alokasi kebutuhan SDMK di semua puskesmas di Kabupaten Pangkep yang disusun oleh Struktur Organisasi Bidang Sumber Daya Kesehatan seksi SDMK.

Gambaran perencanaan kebutuhan SDMK di puskesmas kepulauan Kabupaten Pangkep sudah sesuai dengan alokasi kebutuhan ketenagaan menurut ukuran Standar Ketenagaan Minimal.

Kelebihan dari usulan ini adalah mencantumkan jumlah penduduk yang dilayani puskesmas, sehingga dengan mudah dapat diperhitungkan rasio pelayanan jenis ketenagaan kesehatan tertentu. Berdasarkan analisis perhitungan rasio, hanya ketenagaan perawat dan bidan dengan tingkatan rasio sesuai indikator yang ditetapkan pada Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sulsel dan Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep.

Proyeksi pengadaan tenaga kesehatan pada tahun 2019 hingga tahun 2021 kurang rasional karena sama sekali tidak dialokasikan pada dokumen perencanaan SDMK ini. Padahal, indikator pemenuhan kuantitas tenaga kesehatan dalam Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten

Pangkep sudah mencapai angka 100% pada tahun 2020. Ini berarti bahwa proses pengadaan SDMK seharusnya dilakukan setiap tahunnya untuk memenuhi angka ketercapaian indikator 100 persennya.

Kelemahan lain yang bisa dianalisis pada dokumen perencanaan SDMK ini adalah pola perencanaannya yang belum memprioritaskan pada pemenuhan ketenagaan kesehatan wilayah kepulauan. Penyusunan skala prioritas menjadi sangat penting karena sumber daya anggaran yang dimiliki sangat terbatas sehingga dibutuhkan pola alokasi sumber daya yang konsentratif pada wilayah-wilayah kepulauan.

6. Inovasi Puskesmas Sabutung dalam bentuk Program PERAHU SEHAT PULAU BAHAGIA

Inisiatif lokal yang coba dikembangkan oleh Puskesmas Sabutung dalam memenuhi akses pelayanan kesehatan berkualitas bagi penduduk kepulauan adalah pencanangan Program Perahu Sehat Pulau Bahagia.

Asumsinya adalah program ini menyediakan pelayanan kesehatan yang bersifat *mobile* dengan aktif menjangkau masyarakat yang berada di pulau-pulau yang termasuk jangkauan wilayah pelayanan Puskesmas Sabutung. Dengan

kepastian pemberian layanan itu, diharapkan status kesehatan masyarakat penduduk Kepulauan Sabutung meningkat, sehingga mereka memiliki kesempatan dalam peningkatan pendapatan dan kesejahteraan keluarga. Dengan tingkat kelayakan hidup yang lebih meningkat, maka kebahagiaan penduduk juga dapat diraih. Inilah argumentasi koneksitas konsep antara perahu sehat dan pulau bahagia.

Program ini mencerminkan adanya inovasi pemberi pelayanan publik yang merupakan salah satu spirit dan cita-cita ideal di era kebijakan desentralisasi kesehatan. Dalam era desentralisasi kesehatan, selayaknya pola pemberian kesehatan menyesuaikan kondisi dan karakteristik masyarakat yang dihadapi. Puskesmas Sabutung menangkap peluang ini dengan menghadirkan program inovatif, meskipun penilaian dari beberapa pihak, program ini masih bersifat wacana.

Konkritisasi jenis pelayanan perahu sehat belum digambarkan secara prosedural dengan mekanisme yang jelas, sehingga memungkinkan adanya kemiripan operasional dengan program ambulance pulau yang memang sudah menjadi model layanan di puskesmas kepulauan. Oleh karena itu dibutuhkan suatu penyusunan petunjuk

teknis untuk menggambarkan spesifikasi pelayanan perahu sehat yang berbeda dengan pelayanan ambulance pulau, sehingga program ini mendapatkan pengakuan sebagai program inovatif Kabupaten Pangkep yang pemodelannya, bisa direplikasikan secara Nasional.

Tentu saja infrastruktur yang paling mendukung keberhasilan Program Perahu Sehat Pulau Bahagia adalah ketersediaan sumber daya kesehatan yakni tenaga dan fasilitas perahu. Mengingat program ini mengedepankan aspek pemberdayaan masyarakat, maka perahu yang akan digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan*mobile* adalah perahu yang dimiliki warga pulau.

Tantangan beratnya adalah kelengkapan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang terdapat pada perahu tersebut karena perahu yang dimaksud digunakan juga oleh masyarakat untuk mencari nafkah. Tantangan yang amat berat juga dihadapi sebagai akibat fungsi perahu yang tidak spesifik untuk pelayanan kesehatan adalah penanganan kasus-kasus *emergency*. Ilustrasinya, ada kemungkinan puskesmas menghadapi pelayanan yang membutuhkan penanganan segera seperti rujukan perzalinan dengan komplikasi, namun perahu sehatnya

yang tidak tersedia karena digunakan warga pulau untuk mencari nafkah.

Tantangan ketenagaan dimungkinkan terjadi pada aspek pemanfaatan tenaga kesehatan yang membutuhkan pengorganisasian dan pengaturan jelas dari puskesmas. Ini berarti bahwa perlu ada ketenagaan khusus yang menjalankan program ini. Jika jumlah dan jenis ketenagaan kesehatan yang dimiliki oleh puskesmas kepulauan seperti saat ini, maka volume dan beban ketenagaan kesehatan puskesmas akan semakin bertambah akibat keberadaan program ini.

Tantangan-tantangan di atas perlu didiskusikan lebih serius untuk menemukan formulasi model pelayanan Perahu Sehat Pulau Bahagia sesuai dengan tingkat kemampuan puskesmas tersebut. Pemahaman yang baik terhadap semua aspek yang dapat mempengaruhi kualitas penyelenggaraan program akan memberikan dampak positif terhadap sustainabilitas program.

Rekomendasi Alternatif Pengembangan Kebijakan SDM Kesehatan Di Kepulauan

SINTESA antara analisa kebijakan yang ada diberbagai tingkatan pemerintahan dengan temuan fakta beserta pembahasannya menghasilkan sejumlah skema alternatif pengembangan kebijakan ketenagaan kesehatan puskesmas kepulauan Kabupaten Pangkep, diantaranya:

1. Pengadaan Sistim Informasi Ketenagaan Kesehatan untuk Pengelolaan Manajemen SDMK

Dalam kerangka pengaturan perencanaan SDMK, dibutuhkan kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep tentang pengelolaan sistim informasi ketenagaan kesehatan puskesmas untuk meningkatkan mutu manajemen Sumber

Daya Manusia Kesehatan diantaranya perencanaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan.

Keberadaan sistim informasi ketenagaan kesehatan akan memudahkan puskesmas dalam melakukan perencanaan dengan penggabungan dari beberapa metode analisis seperti Analisis beban Kerja dan Analisis Standar Ketenagaan Minimal, bahkan mungkin analisis proyeksi yang banyak digunakan oleh Dinas Kesehatan dalam menentukan alokasi kebutuhan tenaga kesehatan secara keseluruhan.

Pengaturan ini dapat dibuat dalam bentuk Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan yang mengatur tatacara pengelolaan informasi ketenagaan oleh puskesmas dan rumah sakit daerah. Melalui perangkat sistim informasi, Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep akan lebih mudah melakukan pembinaan dan pengawasan ketenagaan kesehatan. Fokus pembinaan akan diarahkan pada ketenagaan yang memiliki kecenderungan kinerja lemah yang umumnya dihadapi oleh puskesmas kepulauan. Pemetaan seperti ini hanya dapat diketahui dengan pasti melalui ketersediaan informasi aktual dengan data terpilah secara geogerafis. Ini berarti bahwa dengan sistim informasi ketenagaan, jaminan keadilan pembinaan tenaga

kesehatan kepulauan tetap menjadi perhatian utama Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep.

2. Redistribusi ketenagaan khususnya perawat dan bidan serta sebagian kecil dokter

Distribusi jenis tenaga kesehatan perawat dan bidan tidak merata di puskesmas kepulauan. Terdapat puskesmas yang mengalami kelebihan jumlah ketenagaan ini dan ada pula yang justru kekurangan. Termasuk tenaga dokter, ada satu puskesmas yang dianggap melebihi dari standar, sementara terdapat tiga puskesmas yang sama sekali tidak memiliki dokter.

Formasi distribusi ketenagaan yang tidak merata ini memerlukan pengaturan dalam bentuk regulasi tentang Redistribusi Ketenagaan dengan mendistribusikan kembali tenaga kesehatan yang ada ke puskesmas-puskesmas yang membutuhkan. Jenis regulasi yang kemungkinan dibutuhkan dalam bentuk Surat Keputusan Bupati mengingat pengaturan seperti ini membutuhkan kekuatan yang cukup tinggi. Bila perlu dibutuhkan perda khusus yang memberikan jaminan adanya pemerataan tenaga kesehatan di kepulauan. Salah satu klausul kebijakan perda yang diharapkan mendapatkan pengaturan adalah redistribusi ketenagaan kesehatan.

3. **Jaminan penyelenggaraan pelayanan bagi tenaga kesehatan yang tidak sesuai kompetensi**

Adanya resiko mall-praktek pemberian pelayanan kesehatan sebagai konsekuensi dari tidak adanya ketenagaan profesional tertentu seperti tenaga medis memerlukan kebijakan pengaturan untuk memberikan perlindungan kepada tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan atas dasar keterdesakan dan keterpaksaan.

Kebutuhan pengaturan terhadap potensi tindakan mall-praktek sangatlah diperlukan mengingat profesi medis memiliki kode etik profesionalisme yang penerapannya sangat tegas dari organisasi profesi. Dengan demikian, dalam pengembangan kebijakan ini perlu kerjasama intensif dan kesepahaman bersama dengan organisasi profesi.

Pemberian pelayanan kesehatan medis oleh tenaga kesehatan yang bukan berlatar belakang profesi dokter dimungkinkan atas motif penyelamatan nyawa manusia dalam keadaan terdesak dan terpaksa. Pertimbangan kemanusiaan jauh lebih utama dibandingkan dengan pertimbangan rasionalisasi profesionalisme, mengingat rasio sejatinya ditujukan justru untuk kemanusiaan.

Oleh karena pengaturan ini melibatkan kepentingan beberapa pihak dengan wilayah spektrum pengaturan yang

luas, maka bentuk regulasi yang kemungkinan relevan adalah Peraturan Daerah tentang Pengaturan Pelayanan Kesehatan Emergency di Kepulauan.

4. Prioritas Pelayanan Kesehatan Luar Gedung bagi Puskesmas

Penampilan kerja pelayanan kesehatan puskesmas kepulauan lebih mengandalkan pelayanan dalam gedung dengan orientasi pelayanan yang dominan pada pelayanan pengobatan dasar. Padahal jenis pelayanan pengobatan dasar hanyalah satu pelayanan wajib yang harus dilakukan oleh puskesmas. Pelayanan wajib lainnya yang terdiri atas pelayanan promotif, pelayanan KIA, pelayanan kesling, dan pelayanan gizi justru kebutuhannya banyak berada di luar gedung.

Gambaran ironi pemanfaatan ketenagaan kesehatan memerlukan perubahan model yang mengedepankan prioritas terhadap pelayanan luar gedung. Pola layanan model ini semakin mempertegas peranan puskesmas sebagai pilar utama pelayanan promotif dan preventif yang bertujuan untuk membentuk kesadaran dan kemampuan masyarakat dalam mengelola perilaku dan lingkungannya yang berorientasi pada terciptanya pola hidup sehat dan bersih secara mandiri.

Perubahan model layanan bukanlah sesuatu yang mudah oleh karena kebiasaan memberikan pelayanan dalam gedung sudah terinternalisasi secara kuat dalam diri tenaga kesehatan. Hanya melalui regulasi yang bersifat imperatif, sebuah pembiasaan dapat diubah secara berangsur. Dengan demikian, dalam kerangka perubahan model layanan ini dibutuhkan kebijakan dalam bentuk pedoman dan petunjuk teknis prioritas pelayanan luar gedung puskesmas, khususnya puskesmas kepulauan.

Puskesmas kepulauan dengan wilayah geogerafis terdiri atas pulau-pulau relatif memiliki jarak yang jauh dengan puskesmas. Ini berarti bahwa masyarakat pulau menghadapi kesulitan jika diharapkan mereka yang mendatangi puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Model pelayanan kesehatan dalam gedung pastilah mensyaratkan adanya kunjungan masyarakat ke puskesmas. Inilah yang menjelaskan angka kunjungan masyarakat kepulauan ke puskesmas relatif rendah dibandingkan dengan rata-rata kunjungan puskesmas daratan.

Pedoman dan petunjuk teknis model pelayanan luar gedung puskesmas kepulauan sedapat mungkin memiliki sinkronisasi dengan kebijakan lainnya supaya

implementasinya tidak mengalami kendala. Dasar pengembangan instrumen pedoman dan petunjuk teknis model layanan ini dapat menggunakan permenkes Nomor 75 tahun 2014 tentang puskesmas dan peraturan-peraturan mengenai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang mengatur capaian indikator-indikator kinerja puskesmas lebih banyak pelayanan luar gedung.

5. Peningkatan retensi tenaga kesehatan kepulauan metode pelayanan tim secara bergilir.

Peningkatan retensi tenaga kesehatan kepulauan bukan hanya dipengaruhi oleh besarnya insentif akan tetapi dipengaruhi oleh kompleksitas penyebab, salah satunya ada rasa kebosanan tenaga kesehatan yang tinggal di pulau akibat kesediaan infrastruktur kehidupan yang terbatas.

Pemikiran untuk mengatasi rasa kebosanan penting untuk diseriusi karena menganggu suasana "mood" tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan di masyarakat. Bahkan, akibat suasana hati yang kurang kondusif, tenaga kesehatan kepulauan mempunyai potensi untuk meninggalkan pulau dalam jangka waktu yang lama. Tentu saja hak-hak masyarakat kepulauan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terabaikan.

Salah satu gagasan inovatif yang diharapkan mampu mengatasi permasalahan retensi adalah penyelenggaraan layanan kesehatan dalam bentuk tim secara bergilir. Artinya dalam satu puskesmas, tenaga kesehatan dikelompokkan secara tim dan dialokasikan waktu khusus untuk memberikan layanan secara *full-time*. Tim yang lain menikmati waktu senggangnya, dalam banyak kasus digunakan untuk kunjungan ke kota. Diharapkan metode bergilir ini mampu menciptakan keseimbangan emosional tenaga kesehatan, sehingga tenaga kesehatan yang bekerja di kepulauan tidak mengalami masalah psikologis.

Metode pelayanan bergilir dianggap sebagai metode baru yang memerlukan regulasi sebagai dasar pelaksanaan. Bentuk regulasi yang mungkin dalam mengatur metode pemberian pelayanan kesehatan puskesmas kepulauan adalah Peraturan Bupati mengingat pelayanan kesehatan kepulauan berimplikasi terhadap pengaturan hal-hal yang lebih kompleks.

Kebijakan alternatif yang dapat kemungkinan menjadi pilihan rasional adalah kebijakan di level institusi dengan memberikan kewenangan dan otonomi kepada puskesmas dalam mengelola pemanfaatan staf untuk efektivitas dan efisiensi pelayanan.

6. **Pengaturan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan kepulauan di lembaga pendidikan.**

Komitmen pemerintah terhadap keterpenuhan tenaga kesehatan profesional di kepulauan seyogianya sudah dirancang dan dipersiapkan sejak tenaga kesehatan menjalani proses pendidikan akademik atau pendidikan profesi di lembaga-lembaga pendidikan kesehatan.

Peranan institusi pendidikan dalam mendidik dan membina serta menyiapkan calon-calon tenaga kesehatan untuk bekerja di kepulauan sangatlah besar. Institusi pendidikan kesehatan diharapkan mampu menumbuhkan minat dan karakter kuat calon tenaga kesehatan untuk bisa mengabdikan dirinya bekerja di wilayah-wilayah kepulauan. Guna mencapai maksud tersebut, maka institusi pendidikan perlu meninjau ulang kurikulum pendidikan dengan mengintegrasikan isu-isu kepulauan sebagai salah satu alat kajian dasar kompetensi.

Tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi pelayanan kesehatan kepulauan memiliki mentalitas yang kuat untuk bertahan terhadap berbagai tantangan-tantangan kepulauan yang dihadapi selama bertugas. Rendahnya ketersediaan tenaga kesehatan kepulauan umumnya

dipengaruhi oleh ketidaksiapan tenaga kesehatan dalam mengatasi kultur kepulauan.

Dengan memperhatikan keunggulan pendekatan ini, maka Pemerintah Kabupaten Pangkep perlu menjalin MoU dengan institusi pendidikan kesehatan dalam rangka mengintegrasikan konsep budaya kepulauan sebagai muatan lokal kurikulum pendidikan kesehatan.

7. Pengusulan untuk peningkatan penambahan tenaga Nusantara Sehat bagi Kabupaten Pangkep

Kebijakan tentang Nusantara Sehat adalah kebijakan level nasional untuk memastikan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat terpencil, pegunungan dan kepulauan yang diselenggarakan dalam bentuk Program Nasional Nusantara Sehat. Saat ini program Nusantara Sehat sudah memasuki episode kedua yang dikenal dengan nama Program Nasional Nusantara Sehat II.

Program Nusantara Sehat II dicanangkan sebagai bentuk tanggungjawab pemerintah pusat dalam mengatasi permasalahan kuantitas dan kualitas ketenagaan kesehatan di wilayah yang memiliki karakteristik DTPK. Pemanfaatannya digunakan oleh pemerintah kabupaten kota sesuai dengan sasaran pembangunan kesehatan

daerah. Program ini lebih diutamakan bagi daerah dengan kapasitas fiskal yang rendah.

Mengingat kemampuan pembiayaan Kabupaten Pangkep dalam pengadaan tenaga kesehatan yang terbatas, sementara kebutuhan ketenagaannya sangat diperlukan, maka program ini menjadi sangat menarik untuk dimanfaatkan secara optimal. Dalam kerangka tersebut, diharapkan Pemerintah Provinsi Sulsel mengajukan usulan penambahan tenaga Nusantara Sehat II di Kabupaten Pangkep.

Pemerintah Provinsi Sulsel dalam pengusulannya membutuhkan rasionalisasi dari Pemerintah Kabupaten Pangkep. Guna meningkatkan daya dorong Pemerintah Provinsi Sulsel dalam mengajukan proposal penambahan tenaga Nusantara Sehat II, Pemerintah Kabupaten Pangkep perlu melakukan analisis kebutuhan ketenagaan kepulauan dengan mempertimbangkan berbagai aspek secara holistik.

8. Pengawasan tenaga kesehatan puskesmas kepulauan bersumber daya masyarakat

Fakta tentang tingkat kesulitan Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep dalam memastikan keberadaan tenaga kesehatan di kepulauan merupakan tantangan utama yang

perlu mendapatkan penanganan tepat. Model pengawasan yang selama ini hanya mengandalkan informasi dari kepala puskesmas perlu diperbaiki kualitasnya dengan melibatkan masyarakat sebagai salah satu komponen pengawasan.

Jenis pelibatan masyarakat mencerminkan peran serta masyarakat melalui upaya pemberdayaan masyarakat yang memang sudah diatur dalam Sistim Kesehatan Nasional (SKN).

Pengawasan tenaga kesehatan yang melibatkan masyarakat dapat disebut model pengawasan bersumber daya masyarakat karena masyarakatlah yang menjadi sumber informasi terpercaya dalam menilai keberadaan dan kinerja tenaga kesehatan di kepulauan. Model ini tidak hanya efektif di kepulauan, akan tetapi di semua puskesmas menghendaki adanya keterlibatan masyarakat.

Pengaturan pengawasan bersumber daya masyarakat efektif dikembangkan melalui kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep yang mengharuskan puskesmas menyusun mekanisme aduan masyarakat terhadap kinerja pelayanan kesehatannya. Selain itu, Dinas Kesehatan membuka jalur pengaduan secara langsung kepada pihak kecamatan atau pemerintah desa. Melalui model

pengawasan di berbagai lini, maka Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep telah melibatkan unsur masyarakat dan sektor lainnya dalam pembangunan kesehatan wilayah.

Kesimpulan dan Saran

KESIMPULAN pengkajian ini adalah:

1. Mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat kepulauan dideterminasi oleh keadaan SDMK dalam hal jumlah yang belum sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat kepulauan, jenis tenaga kesehatan yang belum memadai dilihat dari aspek kompetensi dimana masih dominan tenaga kesehatan kepulauan belum disertifikasi sebagai tenaga profesional, dan kualitasnya yang belum memenuhi standar kelayakan minimal berlangsungnya proses pelayanan kesehatan yang adekuat dan berkelanjutan.
2. Pengaturan keberadaan tenaga kesehatan di kepulauan memerlukan komitmen yang kuat dari pemerintah kabupaten dalam bentuk kebijakan program dan

penganggaran yang berorientasi pada ketertarikan tenaga kesehatan tinggal di pulau (retensi).

3. Kunci ketertarikan terletak pada 4 hal yaitu; perbaikan fasilitas PKM, pengadaan fasilitas tempat tinggal, peningkatan *income*, dan penciptaan lingkungan yang menghadirkan fitur-fitur perkotaan.

Sedangkan saran-saran yang dapat disampaikan sebagai tindaklanjut pengkajian ini adalah:

1. Dibutuhkan pertemuan lintas sektor untuk merumuskan kebijakan teknis tentang retensi tenaga kesehatan kepulauan yang didalamnya memuat peran konkret instnasi-instansi pemerintah dan masyarakat dalam menjamin keberadaan tenaga kesehatan di kepulauan
2. Perlu advokasi yang sistematis dan terencana kepada pihak legislatif untuk mendorong penganggaran yang cukup terhadap pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang adekuat di kepulauan
3. Pihak pemerintah provinsi diharapkan melakukan pembinaan intensif kepada Kabupaten Pangkep dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kepulauan.

Penutup

ANALISIS pemetaan kebutuhan tenaga kesehatan kepulauan di Kabupaten Pangkep dielaborasi menurut hasil temuan lapangan yang dikombinasikan dengan beberapa kajian terhadap dokumen-dokumen yang ada. Meskipun demikian, tentu saja masih terdapat banyak ruang dimana pengamatan dan ketersediaan dokumen yang terbatas memungkinkan adanya celah dalam memotret permasalahan secara lengkap.

Saran dan masukan konstruktif dari pihak-pihak yang terkait sangat dibutuhkan guna mendapatkan pembahasan kajian yang utuh sehingga dapat digunakan sebagai referensi dalam mengembangkan kebijakan-kebijakan korektif untuk pelayanan kesehatan yang lebih baik,

khususnya ketersediaan akses dan kualitas pelayanan kesehatan kepulauan.

Komitmen pemerintah daerah untuk menghadirkan pelayanan kesehatan berkualitas bagi masyarakat kepulauan sepantasnya mendapatkan respon yang cepat karena agenda prioritas pembangunan nasional yang terumuskan dalam konsep Nawacita menempatkan wilayah pinggiran sebagai langkah awal dan dasar pergerakan pembangunan diberbagai sektor.

Sangat diharapkan dokumen pemetaan ini dapat memicu lahirnya inisiatif-inisiatif lokal dari pemerintah kabupaten untuk mengakomodir kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat kepulauan dengan jaminan keadilan yang pasti. Berbagai alternatif kebijakan yang ditawarkan pada pemetaaan ini dapat ditindaklanjuti oleh Pemerintah Kabupaten Pangkep melalui skema-skema kebijakan yang relevan. Penyesuaian alternatif kebijakan dapat dilakukan dalam hal pendekatan, metode, ataupun teknik implementasi, namun substansi kebijakannya sedapat mungkin tetap sesuai dengan arahan yang diharapkan.

Kami menyadari bahwa proses pelaksanaan pemetaan berikut hasil yang disampaikan dalam laporan ini masih menyisakan sejumlah kelemahan dan kekurangan. Dengan

demikian, kami mohon maaf atas segala keterbatasan itu dan menjadikannya sebagai pembelajaran berharga untuk karya-karya berikutnya.

Pelaksanaan pemetaan ini pula berjalan dengan lancar atas bantuan dari berbagai pihak. Atas itu semua, kami mengucapkan terima kasih sebanyak-banyaknya kepada semua pihak yang telah membantu dalam berbagai bentuk dan manifestasinya. Semoga Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa menilai setiap perbuatan kita sebagai ibadah, amin.

Referensi

Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binurapa Aksara.

Chris Rowley & Keith Jackson. 2012, *Manajemen Sumber Daya Manusia: the key concepts*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.

Dinas Kesehatan, 2017. *Laporan Ketenagaan Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep.*

Dinas Kesehatan, 2016. *Dokumen Rencana Strategi Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep 2016-2021..*

Dinas Kesehatan, 2017. *Dokumen Kebijakan Ketenagaan Khusus Kabupaten Pangkep.*

Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI. 2012, *Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan Di DTPK*. Jakarta.

Hatta, G. R. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan,* UI-Press, Jakarta.

Kementerian Dalam Negeri. 2014, *Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*, Jakarta.

Kementerian Dalam Negeri RI. 2014, *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan*, Jakarta.

Kementerian Dalam Negeri RI. 2014, *Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara*, Jakarta.

Kementerian PDT. 2013, *Kepmen PDT No 148 Tahun 2013 Tentang perubahan ketiga atas kepmen PDT no 335 tentang penetapan bantuan sosial bidang pengembangan sumber daya tahun 2013*

Kementerian Kesehatan RI. 2014, *Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas.*

Kementerian Kesehatan RI. 2015, *Permenkes Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan. Instrumen ini penyempurnaan dari Kepmenkes Nomor 81 Tahun 2014.*

Kementerian Kesehatan RI. 2017, *Permenkes Nomor 16 Tahun 2017 tentang Penugasan Khusus Tenaga*

Kesehatan Dalam Mendukung Program Nusantara Sehat.

Riwidikdo, H. 2010. *Statistik Kesehatan*, Mitra Cendikia Press, Yogyakarta.

Singarimbun, Sofian Effendi. 1995, *Metode Penelitian Survai*, PT. Pustaka LP3ES Indonesia, Jakarta.

Sumarsono, Sonny. 2004, *Metode Riset Sumber Daya Manusia*, Graha Ilmu, Yogyakarta.

Sudarma, Momon, 2009, *Sosiologi Untuk Kesehatan*, Salemba Medika, Jakarta.

PRODUCT SERVICE

Layanan Produk Inovatif, Transformatif dan Visioner

Memiliki Visi yang besar dan SDM yang luar biasa, menjadikan Penerbit Nas Media Pustaka menjadi perusahaan penerbitan pertama dan satu-satunya di Indonesia Timur yang menghadirkan berbagai layanan yang luar biasa.

Jadilah Mitra Penerbit Nas Media Pustaka
Hotline
SMS/WA **+62813-8002-3737**
ww.nasmediapustaka.co.id / www.nasmediabooks.com

NAS MEDIA
SERVICE PRODUCT

- PAKET PENERBITAN
- PRA CETAK
- CETAK
- KONVERSI KARYA ILMIAH JADI BUKU
- JASA PENULISAN BUKU
- CETAK ATK

BOOK'S PUBLISHED

DALAM 1 TAHUN TELAH BERHASIL

MENERBITKAN LEBIH DARI 100 JUDUL BUKU

DENGAN TOTAL LEBIH DARI

50.000 EKSEMPLAR BUKU

Pustaka

K A J I A N

DISPARITAS SDM KESEHATAN KEPULAUAN

Penulis adalah associate professor di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Pejuang RI Makassar. Selain itu, ia juga mengajar di Program Pasca Sarjana Universitas Negeri Makassar Prodi S2 dan S3 Sosiologi dan Prodi S2 Kesehatan Masyarakat UMI Makassar. Penulis juga di percaya menjadi tenaga ahli di beberapa instansi pemerintah lingkup Provinsi Sulsel diantaranya Biro Bina Napza dan HIV-AIDS, Disdukcapildaldul dan KB, Dinas Pemuda dan Olah Raga (Dispora) dan Dinas Kesehatan. Selain sebagai akademisi, penulis memiliki pengalaman panjang sebagai aktivis NGO untuk program pemberdayaan masyarakat khususnya program bidang kesehatan diantaranya program HIV dan AIDS, program sanitasi lingkungan, program pemberantasan narkoba, program penanggulangan masalah gizi, sejumlah program KIE advokasi dan kepelatihanan serta beberapa program pendampingan masyarakat telah dikelolanya, baik dalam skala lokal, nasional, regional, dan internasional.

KONDISI pembangunan kesehatan Indonesia sedang mengalami fenomena triple bourden yaitu meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular seperti hipertensi, stroke, diabetes melitus; munculnya kembali penyakit-penyakit menular biasa seperti diare, DBD, malaria; dan adanya penyakit menular jenis baru seperti SARS dan flu burung. Persoalan ini diperburuk lagi oleh disparitas pelayanan kesehatan yang cukup besar antara perkotaan-pedesaan-pegunungan-kepulauan. Wilayah kepulauan seringkali mengalami derajat kerentanan dan keterpaparan masalah kesehatan lebih besar karena selain akses geogerafi yang sulit, distribusi ketenagaan kesehatan belum sesuai kebutuhan dan selalu menjadi permasalahan pelik.

Pemenuhan kebutuhan SDM kesehatan di wilayah-wilayah rentan seperti kepulauan, pegunungan, dan tertinggal semestinya dapat diselesaikan dengan mudah oleh pemerintah daerah melalui skema kebijakan. Namun kenyataannya, pemerintah daerah masih mengalami kesulitan dalam menjamin distribusi ketenagaan kesehatan yang merata antar wilayah.

PENERBIT
NAS MEDIA PUSTAKA
Anggota IKAPI
Jl. Batua Raya No. 550 Makassar, Sulawesi Selatan 90233
Phone : +62813-8002-3737
E-mail : redaksi@nasmediabooks.com
Website : www.nasmediapustaka.co.id / www.nasmediabooks.com
Penerbit Nas Media Pustaka @nasmediapustakapenerbit

EDUKASI
ISBN 978-602-5662-75-1
9 786025 662751

REFERENSI