ANALISIS KETERSEDIAAN TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS KOTA MAMUJU PROVINSI SULAWESI BARAT TAHUN 2014

ANALYSIS OF AVAILABILITY HEALTH PERSONNEL IN THE HEALTH CENTER OF MAMUJU IN WEST SULAWESI, YEAR 2014

Tri Rini Puji Lestari

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

Naskah Diterima: 8 Oktober 2015, direvisi: 15 Maret 2016,
disetujui: 31 Maret 2016

Abstract

PHC is spearheading the health service. To that end, health centers have major stakes to realize the optimal level of public health. However, until now, the quality of health services in health centers are still frequent complaints by the people. Limited availability of health workers as one of the factors that affect the quality of health center services. On the other hand, the policy JKN resulting number of patient visits to health centers is increasing. This study used a qualitative approach using selected informants. The study aimed to obtain in-depth information about the availability of health workers health centers to provide health services at the health center. The results showed that the shortage of health workers in health centers, making the workload of health workers higher health centers and not in accordance with the duties and educational background. Thus ultimately decrease the quality of health center services. It is necessary for human resource management and comprehensive real.

Keywords: health workers, availability, Health centers.

Abstrak

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan. Untuk itu, puskesmas mempunyai andil yang besar untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal. Namun demikian, sampai saat ini, kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas masih sering dikeluhkan oleh masyarakat. Ketersediaan tenaga kesehatan yang terbatas sebagai salah satu faktor yang berpengaruh pada kualitas pelayanan puskesmas. Di sisi lain, kebijakan JKN mengakibatkan jumlah kunjungan pasien ke puskesmas semakin meningkat. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan menggunakan informan terpilih. Penelitian ditujukan untuk mendapatkan informasi mendalam mengenai ketersediaan tenaga kesehatan puskesmas guna memberikan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kurangnya jumlah tenaga kesehatan di puskesmas, menjadikan beban kerja tenaga kesehatan puskesmas semakin tinggi dan tidak sesuai dengan tupoksi serta latar belakang pendidikannya. Sehingga pada akhirnya berdampak pada menurunnya kualitas pelayanan puskesmas. Untuk itu perlu dilakukan manajemen SDM yang nyata dan komprehensif.

Kata kunci: Tenaga Kesehatan, Ketersediaan, Puskesmas

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) sebagai unit pelaksana teknis daerah dan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar pada strata pertama, merupakan unit pelaksana pelayanan kesehatan terdepan yang akan langsung berhubungan dengan pelayanan masyarakat di lapisan *"grass roots"*. Puskesmas mempunyai andil yang besar untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal. Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas adalah tercapainya "masyarakat sehat mandiri dan berkeadilan", yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata.

Tugas pokok puskesmas adalah menyelenggarakan upaya preventif dan promotif, yang didukung upaya kuratif dan rehabilitatif serta melakukan pemberdayaan masyarakat (Kepmenkes Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang kebijakan dasar Puskesmas). Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar memiliki peran yang sangat penting dalam memelihara kesehatan masyarakat. Apabila berfungsi dengan baik, maka puskesmas akan mampu memberikan pelayanan yang bermutu bagi masyarakat yang membutuhkan.

Saat ini kegiatan yang dilaksanakan oleh puskesmas telah terlaksana di masing-masing daerah. Namun demikian, hingga saat ini rata-rata

kegiatan yang dilaksanakan oleh puskesmas tersebut masih bersifat rutinitas dan tidak berbeda antara satu daerah dengan daerah lainnya karena terlalu berpatokan pada peraturan yang telah ditetapkan.

Kegiatan puskesmas sampai saat ini masih belum disesuaikan dengan situasi dan kondisi daerah setempat. Ada kalanya kegiatan yang ada justru tidak berorientasi pada masalah yang seharusnya penting untuk segera diselesaikan. Padahal seharusnya puskesmas memperhatikan masyarakat yang dalam hal ini menentukan keberhasilan dan ketepatan program pelayanan kesehatan di puskesmas sesuai kondisinya. Karena situasi dan kondisi di tengah masyarakatlah yang menentukan secara objektif tingkat posisi partisipasi mereka dalam program-program puskesmas, bukan keputusan sepihak birokrasi yang selalu cenderung menafikan potensi masyarakat yang pada akhirnya sering menempatkan masyarakat hanya sebagai objek. Sehingga perkembangannya cenderung statis, padahal Puskesmas dituntut untuk selalu berinovasi mengadakan kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat yang juga selalu dinamis.[1]

Keberhasilan puskesmas dalam menjalankan programnya ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang seimbang antara tenaga pengobatan disatu pihak dengan tenaga promotif dan preventif dipihak lain. Tetapi hingga saat ini masih banyak masalah yang dihadapi puskesmas terkait pengelolaan tenaga kesehatan diantaranya tentang distribusi SDM yang tidak merata. Sebagai gambaran dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1. Sebaran Tenaga Kesehatan Berdasarkan Kesesuaian Terhadap Standar Puskesmas Di Indonesia

TENAGA KESEHATAN	JML PUSK	SESUAI STANDAR	TIDAK SESUAI STANDAR			
			> Standar		< Standar	
		JML PUSK	JML PUSK	KELEBIHAN NAKES	JML PUSK	KEKURANGAN NAKES
DOKTER UMUM	9.315	3.577	3.746	7.150	1.992	2.269
BIDAN		490	7.082	65.464	1.743	4.485

Sumber: BPPSDMK Kemenkes

Tabel 2. Kebutuhan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Di Indonesia Tahun 2014

TENAGA KESEHATAN	KEADAAN	KEBUTUHAN STANDAR	SELISIH (+/-)
DOKTER UMUM	17.152	12.645	4.507
DOKTER GIGI	6.610	9.568	-2.958
PERAWAT	107.284	72.793	34.491
PERAWAT GIGI	10.027	9.568	459
BIDAN	104.151	44.426	59.725
ASISTEN APOTEKER	7.575	9.568	-1.993
S. FARMASI & POTEKER	2.464	3.077	-613
KESEHATAN MASYARAKAT	21.723	9.568	12.155
SANITARIAN	10.746	9.568	1.178
TENAGA GIZI	9.883	9.568	315
ANALIS KESEHATAN	5.548	9.568	-4.020

Sumber: BPPSDMK Kemenkes

Menurut berita Antara, permasalahan lain adalah kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas yang juga masih sering dikeluhkan oleh masyarakat. Sebagai contoh, pelayanan kesehatan yang dilakukan puskesmas Kelurahan Binanga, Kabupaten Mamuju Sulawesi Barat, dikeluhkan oleh sejumlah pasiennya

[1] UPTD Puskesmas Tanjung Palas Utara, Analisis Implementasi Kepmenkes No.128 Tahun 2004 Tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, (*online*), (http://pkmtanjungpalasutara.blogspot.com/2012/03/analisis-implementasi-kepmenkes-no128.html, diakses 6 April 2014).

karena pelayanan puskesmas kepada pasien hanya dilakukan dibawah pukul 10.00 wita.[2] Keluhan atas pelayanan puskesmas juga dialami warga di Kelurahan Palmerah Jakarta, dimana puskesmas hanya buka pada pkl. 08.00-11.00 dan ketika warga datang pkl. 10.30, loket seringkali tutup atau buka namun tidak mau menerima pasien. Bahkan pada tgl 16 November 2012, jam pelayanan hanya sampai pkl. 08.30 dan ketika ada warga yang datang lewat dari jam 08.30 di tolak. Selain itu pihak puskesmas juga melakukan pembatasan jumlah pasien yang dilayani dalam satu harinya yaitu hanya sampai 60 orang, sehingga kalaupun masih jam 9 tapi telah mencapai 60 orang maka pihak puskesmas tidak mau menerima pasien lagi.[3]

Padahal sejatinya fungsi puskesmas sangat strategis dalam upaya pembangunan kesehatan masyarakat. Seperti yang diuraikan dalam Bali Pos bahwa keberadaan puskesmas selain mudah dijangkau, biaya yang harus dikeluarkan oleh masyarakat juga tidak terlalu mahal. Sebab, keberadaan puskesmas sudah merata di tiap daerah. Belum lagi dengan adanya puskesmas pembantu, sesungguhnya mampu melayani masyarakat dengan cepat dan murah.[4]

Dalam era globalisasi, perkembangan sektor jasa semakin bertambah penting dalam usaha peningkatan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat. Puskesmas sebagai pusat kesehatan strata pertama, yang bertanggung jawab secara holistik dalam upaya pelayanan kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat memerlukan dukungan petugas puskesmas yang berkualitas selain juga dukungan sarana dan prasarana yang memadai.

Selain itu pada era JKN seperti sekarang ini, puskesmas merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang harus didatangi peserta JKN untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar. Kemudian jika masalah kesehatan peserta JKN tersebut tidak dapat ditangani di puskesmas, maka peserta akan dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (rumah sakit). Akibat dari kebijakan ini, jumlah kunjungan pasien ke puskesmas semakin meningkat dan dapat dipastikan beban kerja para petugas puskesmas pun akan meningkat pula. Namun demikian, kebijakan tersebut tidak diikuti dengan persiapan ketersediaan SDM yang memadai di puskesmas. Padahal ketersediaan tenaga kesehatan di puskesmas berperan penting dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Dalam peran tersebut diharapkan ketersediaan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Sehingga tugas pokok dan fungsi (tupoksi) tenaga kesehatan dapat dilaksanakan sesuai dengan pendidikan dan keterampilan yang mereka miliki. Karena dalam subsistem SDM kesehatan, tenaga kesehatan merupakan unsur utama yang mendukung subsistem kesehatan lainnya. Sehingga kualitas tenaga kesehatan yang ada di puskesmas merupakan manifestasi dari profesionalisme tenaga kesehatan dalam melaksanakan peran dan fungsi Puskesmas.

B. Perumusan Masalah

Puskesmas adalah sarana pelayanan kesehatan dasar yang amat penting di Indonesia. Puskesmas merupakan tulang punggung pembangunan kesehatan masyarakat. Karena itu, tenaga kesehatan yang ada di puskesmas dituntut mampu meningkatkan pelayanan kesehatannya.

Saat ini kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas masih sering dikeluhkan, sehingga masyarakat kurang berminat mendatangi puskesmas untuk berobat. Salah satu penyebab yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas hingga saat ini adalah faktor beban kerja yang besar dikarenakan kurangnya tenaga kesehatan di puskesmas. Kondisi ini harus segera diperbaiki oleh pengelola puskesmas. Pemerintah melalui Dinkesnya diharapkan juga dapat lebih memberdayakan peran dan fungsi puskesmas, dalam usaha peningkatan kesehatan masyarakat. Apalagi di era JKN seperti saat ini, dimana puskesmas diangkat kembali keberadaannya sebagai ujung tombak dalam pelayanan kesehatan masyarakat.

Berdasarkan latar belakang tersebut, permasalahan penelitiannya adalah ketersediaan tenaga kesehatan di puskesmas masih sangat terbatas.

Beberapa pertanyaan yang dapat dikemukakan adalah:

1. Bagaimana regulasi penyediaan tenaga kesehatan di puskesmas?
2. Bagaimana ketersedian tenaga kesehatan di puskesmas?
3. Bagaimana strategi kedepan terkait penyediaan tenaga kesehatan di puskesmas?

C. Tujuan Penelitian

Secara umum tujuan penelitian ini adalah untuk menggali dan menganalisis akar permasalahan terkait

---

[2] Daniel, ed, 2010, Pelayanan Pasien di Puskesmas Mamuju di Keluhkan, Mamuju: Antara News, (*online),* (http://www.antara-sulawesiselatan.com/berita/13358/profil-antara diakses 10-4-2014).

[3] Pemerintah Provinsi DKI Jakarta, 2013, Keluhan tentang pelayanan puskesmas di kelurahan Palmerah, (*online),* (http://prov.jakarta.go.id/opinipublik/aspirasi/2013/03/keluhan-tentang-pelayanan-puskesmas-di-kelurahan-palmerah, diakses 11-4-2014).

[4] "Pelayanan Puskesmas masih Dikeluhkan", *Bali Pos,* 13 Oktober 2004

penyediaan tenaga kesehatan guna memberikan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Secara khusus penelitian ini ditujukan untuk mengetahui dan menganalisis terkait: 1. Regulasi penyediaan tenaga kesehatan di puskesmas; 2. Penyediaan tenaga kesehatan di puskesmas; dan 3. Strategi kedepan dalam penyediaan tenaga kesehatan di puskesmas. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Komisi IX DPR RI, agar berguna sebagai bahan pertimbangan dalam tugas dan fungsi legislasi, pengawasan, dan penganggaran di bidang kesehatan. Selain itu, hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran bagi pelaksanaan strategi nasional ketenagaan di puskesmas.

D. Kerangka Pemikiran

1. Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan

Manajemen sumber daya manusia (SDM) merupakan suatu usaha untuk mengarahkan dan mengelola sumber daya manusia di dalam suatu organisasi agar mampu berfikir dan bertindak sebagaimana yang diharapkan organisasi. Menurut L. Byars dan W. Rue, manajemen sumber daya manusia adalah suatu aktivitas yang didesain untuk menyediakan dan mengkoordinasi sumber daya manusia pada suatu organisasi.[5] Sedangkan menurut L. Mathis dan H. Jakson, manajemen sumber daya manusia adalah rancangan sistem-sistem formal dalam sebuah organisasi untuk memastikan penggunaan bakat manusia secara efektif dan efisien guna mencapai tujuan-tujuan organisasi.[6]

Menurut Robert L. dan Jackson (2006), manajemen SDM ada beberapa kelompok aktivitas yang saling berhubungan satu sama lain, yaitu: 1). Perencanaan dan analisis SDM. Dilakukan untuk mengantisipasi kekuatan yang akan mempengaruhi persediaan dan tuntutan para karyawan di masa depan. 2). Kesetaraan kesempatan kerja. Pemenuhan hukum dan peraturan tentang kesetaraan kesempatan kerja, mempengaruhi semua aktivitas SDM yang lain dan integral dengan manajemen SDM. 3). Pengangkatan pegawai. Bertujuan untuk memberikan pesediaan yang memadai atas individu-individu yang terkualifikasi guna mengisi lowongan pekerjaan disebuah organisasi/institusi. 4). Pengembangan SDM. Dimulai dengan orientasi karyawan baru, pengembangan SDM juga meliputi pelatihan keterangan pekerjaan. 5). Kompensasi dan tunjangan. Kompensasi memberikan penghargaan pada karyawan atas pelaksanaan pekerjaan melalui gaji, insentif, dan tunjangan. Sistem upah dan gaji harus selalu diperbaiki dan dikembangkan. 6). Kesehatan, keselamatan, dan keamanan. Jaminan atas kesehatan fisik dan mental serta keselamatan dan kesehatan para karyawan merupakan hal yang penting. 7). Hubungan karyawan dan buruh/ manajemen. Hubungan antara para manajemen dan karyawan harus ditangani secara efektif apabila para karyawan dan organisasi ingin sukses bersama.[7]

SDM kesehatan merupakan penggerak atau motor utama dalam suatu organisasi atau institusi. SDM kesehatan bisa menjadi subyek maupun obyek dalam organisasi ataupun institusi. Sebagai subyek, SDM kesehatan terlibat dalam perencanaan, implementasi sampai dengan monitoring-evaluasi. Sebagai sasaran atau obyek, manusia berada di dalam suatu sistem yang menjadi target program. SDM kesehatan tidak bisa dipersiapkan dalam waktu yang singkat. Untuk itu SDM kesehatan harus tersedia dengan jumlah dan saat yang tepat. Kemampuan dan keterampilan SDM kesehatan pun perlu ditingkatkan melalui pengembangan berkelanjutan diantaranya pelatihan dan monitoring evaluasi. Oleh sebab itu tantangan terbesar SDM kesehatan adalah perencanaan dan produksi.

UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 21 ayat (1), mengamanatkan bahwa manajemen SDM kesehatan meliputi perencanaan, pendidikan dan pelatihan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan. **Perencanaan** tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi masyarakat. Perencanaan nasional tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan jenis pelayanan yang dibutuhkan, sarana kesehatan, serta jenis dan jumlah yang sesuai. Perencanaan nasional tenaga kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan dan ada empat metoda yang digunakan yaitu: 1). *Health Need Method*, yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan atas epidemiologi penyakit utama yang ada pada masyarakat; 2). *Health Service Demand*, yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan atas permintaan akibat beban pelayanan kesehatan; 3). *Health Service Target Method* yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan atas sarana pelayanan kesehatan yang ditetapkan, misalnya puskesmas, dan rumah sakit; dan 4). *Ratios Method*, yaitu perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan yang didasarkan pada standar/ rasio terhadap nilai tertentu.

Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan digunakan untuk membentuk keahlian dan

[5] Byars L & Rue, *Human Resource Management*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill Irwin, 2006, hlm. 4

[6] Robert L. Mathis dan Jackson. *Manajemen Sumber Daya Manusia* (Edisi 10). Jakarta: Salemba Empat. 2006, hlm. 3.

[7] *Ibid.* hlm. 5.

keterampilan tenaga kesehatan di bidang-bidang teknologi yang strategis serta mengantisipasi timbulnya kesenjangan keahlian sebagai akibat kemajuan teknologi. Dalam upaya pengembangan sistem pendidikan tenaga kesehatan, maka perlu perpaduan antara Kementerian Pendidikan Nasional dan Kementerian Kesehatan. Sesuai dengan UU Sisdiknas, jenjang pendidikan dibidang kesehatan yang diperlukan untuk profesi tenaga kesehatan minimal lulusan D3 sedangkan jenjang pendidikan dibidang kesehatan yang lulusannya di bawah D3 disebut asisten tenaga kesehatan. Dengan demikian, kewenangannyapun akan semakin jelas pembedaannya. Sebagai contoh kewenangan antara tukang gigi dengan dokter gigi mudah dibedakan.

Pendayagunaan tenaga kesehatan merupakan upaya pemerataan, pembinaan, dan pengawasan tenaga kesehatan melalui penempatan tenaga kesehatan dengan cara pengangkatan sebagai PNS, anggota TNI/Polri, Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja, atau penugasan khusus (melalui seleksi untuk dokter pascainternsip, residen senior, pascapendidikan spesialis dengan ikatan dinas dan tenaga kesehatan lainnya yang diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan). Dalam rangka pemerataan dan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, setiap lulusan dari perguruan tinggi Pemerintah harus mengikuti seleksi penempatan. Namun demikian, seleksi penempatan ini dapat juga diikuti oleh tenaga kesehatan lulusan perguruan tinggi selain Pemerintah.

Dalam rangka penghargaan Pemerintah kepada tenaga kesehatan yang bertugas di Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), maka mereka berhak mendapatkan kenaikan pangkat istimewa dan perlindungan dalam pelaksanaan tugas. Sedangkan, dalam keadaan khusus dapat diberlakukan ketentuan wajib kerja dan pola ikatan dinas pada tenaga kesehatan yang memenuhi kualifikasi akademik dan potensi serta mendapatkan fasilitas dan tunjangan khusus.

Pembinaan dan pengawasan praktik profesi tenaga kesehatan dilakukan melalui sertifikasi, registrasi, uji kompetensi, dan pemberian lisensi. Uji kompetensi ditujukan untuk menjaga dan menjamin mutu tenaga kesehatan dan dilakukan pada masa akhir pendidikan vokasi dan profesi. Standar kompetensi disusun oleh organisasi profesi dan Konsil dengan disahkan oleh Kemenkes.

2. Kinerja

Kinerja berasal dari kata *performance*. Ada pula yang memberikan pengertian *performance* sebagai hasil kerja atau prestasi kerja. Namun sebenarnya kinerja mempunyai makna yang lebih luas yaitu termasuk bagaimana proses pekerjaan berlangsung. Kinerja adalah tentang melakukan pekerjaan dan hasil yang dicapai dari pekerjaan tersebut.[8]

Menurut Mahsun (2006), bahwa kinerja merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan, program, kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi, dan visi yang tertuang dalam perencanaan strategi organisasi. Sedangkan Simanjuntak (2005), menyatakan bahwa kinerja adalah tingkatan pencapaian hasil atas pelaksanaan tugas tertentu dalam rangka mewujudkan pencapaian hasil untuk mencapai tujuan perusahaan.

Menurut A. Dale Timple (1992), faktor-faktor kinerja terdiri dari faktor internal dan eksternal. Faktor internal (*disposisional*) yaitu faktor yang berhubungan dengan sifat-sifat seseorang. Faktor eksternal yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang yang berasal dari lingkungan. Seperti perilaku, sikap, tindakan-tindakan rekan kerja termasuk bawahan atau pimpinan, beban kerja, fasilitas kerja, dan iklim organisasi.[9]

Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah 1). **Efektifitas dan efisiensi**, terjadi jika tujuan bisa dicapai sesuai dengan harapan dan menggunakan sumberdaya dan waktu yang sesuai dengan kebutuhan. Untuk memperoleh informasi mengenai tingkat efektivitas dan efisiensi kerja organisasi dilakukan pengukuran beban kerja. Pengukuran beban kerja untuk mengkuantifikasi biaya mental (*mental cost*) yang harus dikeluarkan dalam melakukan suatu pekerjaan agar dapat memprediksi kinerja sistem dan pekerja. 2). **Orientasi (wewenang)** adalah sifat dari suatu komunikasi atau perintah dalam suatu organisasi formal yang dimiliki seorang anggota organisasi kepada anggota yang lain untuk melakukan suatu kegiatan kerja sesuai dengan kontribusinya. Perintah dalam hal ini adalah apa yang boleh dilakukan dan yang tidak boleh dalam organisasi tersebut. 3). **Disiplin** adalah taat kepada hukum dan peraturan yang berlaku. Jadi, disiplin karyawan adalah kegiatan karyawan yang bersangkutan dalam menghormati perjanjian kerja dengan organisasi di mana dia bekerja. 4). **Inisiatif** yaitu berkaitan dengan daya pikir dan kreatifitas dalam membentuk ide untuk merencanakan sesuatu yang berkaitan dengan tujuan organisasi.[10]

Sedangkan untuk mengetahui prestasi kerja, dilakukan pengukuran kinerja yang didasarkan pada

---

8 Wibowo, *Manajemen Kinerja*, Jakarta: Rajawali Pers, 2013, hlm. 7

9 Anwar, Prabu, *Evaluasi Kinerja SD*, Bandung: PT. Refika Aditama, 2012, hlm. 15

10 Suryadi, Prawirosentono. *Kebijakan Kinerja Karyawan*. Yogyakarta: BPFE. 1999. hlm. 27.

indikator-indikator kinerja. Indikator untuk mengukur kinerja secara individu ada enam indikator, yaitu:[11]

1) **Kualitas**. Kualitas kerja diukur dari persepsi karyawan terhadap kualitas pekerjaan yang dihasilkan serta kesempurnaan tugas terhadap keterampilan dan kemampuan karyawan.
2) **Kuantitas**. Merupakan jumlah yang dihasilkan dinyatakan dalam istilah seperti jumlah unit, jumlah siklus aktivitas yang diselesaikan.
3) **Ketepatan waktu**. Merupakan tingkat aktivitas diselesaikan pada awal waktu yang dinyatakan, dilihat dari sudut koordinasi dengan hasil *output* serta memaksimalkan waktu yang tersedia untuk aktivitas lain.
4) **Efektivitas**. Merupakan tingkat penggunaan sumber daya organisasi (tenaga, uang, teknologi, bahan baku) dimaksimalkan dengan maksud menaikkan hasil dari setiap unit dalam penggunaan sumber daya.
5) **Kemandirian**. Merupakan tingkat seorang karyawan yang nantinya akan dapat menjalankan fungsi kerjanya Komitmen kerja. Merupakan suatu tingkat dimana karyawan mempunyai komitmen kerja dengan instansi dan tanggung jawab karyawan terhadap kantor.

E. Metode Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kota Mamuju provinsi Sulawesi Barat pada tahun 2014. Kota Mamuju Provinsi Sulawesi Barat (Sulbar) dipilih sebagai lokasi penelitian karena, secara umum provinsi tersebut selama ini termasuk wilayah yang memiliki fasilitas pelayanan kesehatan minim dengan tenaga kesehatan yang sangat terbatas. Berdasarkan data di profil kesehatan 2013, jumlah puskesmas yang ada di provinsi Sulbar berada pada posisi keempat terendah dibandingkan provinsi lain. Padahal puskesmas merupakan harapan pertama bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu, dalam kondisi kekurangan puskesmas tersebut, kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas pun masih menjadi keluhan bagi masyarakat di provinsi Sulbar. Di sisi lain IPM Provinsi Sulbar juga masih jauh di bawah capaian nasional.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Menurut Bogdan dan Taylor dalam Moleong (2007), metode kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis maupun lisan dari orang dan perilaku yang diamati.[12] Data deskriptif yang terkumpul kemudian dilakukan analisis dengan menggunakan teknik analisis yang menggunakan poin kunci yaitu reduksi data dan intepretasi. Daymone Christine dan Immy Holloway (2008), menguraikan yang intinya bahwa reduksi data adalah memilah-milah data yang tidak beraturan menjadi potongan-potongan yang lebih teratur dengan menyusun kategori, dan merangkumnya menjadi pola dan susunan yang sederhana. Sedangkan interpretasi adalah mendapatkan makna dan pemahaman terhadap kata-kata dan tindakan para partisian riset dengan memunculkan konsep dan teori (atau teori berdasar generalis) yang menjelaskan temuan di lapangan.[13] Sehingga dengan pendekatan kualitatif tersebut, dapat diperoleh hasil penelitian yang dapat mendeskripsikan secara intensif dan mendalam mengenai permasalahan ketersediaan tenaga kesehatan dalam menjalankan peran dan fungsinya di puskesmas di kota Mamuju provinsi Sulawesi Barat.

II. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Regulasi Penyediaan Tenaga Kesehatan

Arah pembangunan kesehatan saat ini adalah JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang lebih mengutamakan promotif dan preventif tanpa meninggalkan kuratif dan rehabilitatif. Untuk itu saat ini sedang dipersiapkan dokumen teknik praktiknya dalam RPJMN (Rancangan Pembangunan Jangka Menengah Nasional) III. Harapan yang akan dicapai dalam RPJMN III (2015-2019) adalah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas sudah mulai mantap.

Dengan adanya JKN berarti ada beberapa muatan khusus di tingkat pelayanan dasar/tingkat pelayanan primer yaitu pelayanan yang berfokus pada masyarakat/*grass roots level* atau usaha kesehatan berbasis masyarakat (UKBM). UKBM terdiri dari dua unsur yaitu UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) dan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan). Pelayanan kesehatan primer pada UKM menitikberatkan pada upaya peningkatan dan pencegahan, sedangkan UKP pada pengobatan dan pemulihan. Dalam SKN (sistem Kesehatan Nasional), JKN menjadi landasan untuk pelayanan kesehatan primer, sehingga UKBM kelak menjadi binaan dari puskesmas (pelayanan kesehatan primer).

Peran pelayanan kesehatan primer/puskesmas saat ini sangat penting dalam mendukung pelaksanaan JKN, pencapaian indikator MDGs, serta peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan pada masyarakat. Pentingnya pelayanan puskesmas di era

[11] Stephen P, Robbins, *Perilaku Organisasi Jilid II*, Alih Bahasa Hadayana Pujaatmaka, Jakarta, Prenhalindo. 1996. hlm. 260.

[12] Arif, Sumantri, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Kencana, 2011, hal. 167.

[13] Daymone Christine dan Immy Holloway, *Metode-Metode Riset Kualitatif*, penerjemah Cahya Wirtama, penyunting Santi Indra Astuti, Yogyakarta: Bentang, 2008, hlm. 369.

JKN karena: 1). Sebagai tulang punggung pelayanan kesehatan. Puskesmas berfungsi sebagai penapis pertama dalam system rujukan. Sehingga setiap orang yang akan berobat ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut/yankes sekunder/rumahsakit harus meminta rujukan dulu ke puskesmas. 2). Titik berat pelayanan kesehatan primer adalah promosi dan preventif yang mendorong meningkatnya peran dan kemandirian masyarakat dalam mengatasi berbagai faktor risiko kesehatan. 3). Keberhasilan pelayanan kesehatan primer akan mendukung pelaksanaan JKN, di mana akan mengurangi jumlah pasien yang di rujuk. 4). Mengurangi biaya pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif. Dan 5). Pelaksanaan pelayanan kesehatan primer di daerah yang baik akan mendukung pembangunan kesehatan nasional.

Untuk menjaga mutu pelayanan puskesmas, ketersediaan tenaga kesehatan yang cukup dan bermutu sangat diperlukan. Dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 1 dinyatakan bahwa "tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan". Sedangkan untuk menetapkan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dilakukan perencanaan. Perencanaan tenaga kesehatan diatur melalui PP No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam Peraturan Pemerintah ini dinyatakan antar lain bahwa pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi masyarakat. Perencanaan nasional tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan jenis pelayanan yang dibutuhkan, sarana kesehatan, serta jenis dan jumlah yang sesuai. Perencanaan nasional tenaga kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Sebagai turunan dari PP tentang Tenaga Kesehatan tersebut, telah diterbitkan beberapa Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes). Kepmenkes No.850/ Menkes/SK/XII/2000 Tahun 2000 yang mengatur tentang kebijakan perencanaan tenaga kesehatan untuk meningkatkan kemampuan para perencanan pemerintah, masyarakat dan semua profesi disemua tingkatan. Kepmenkes No. 81/Menkes/SK/I/2004 Tahun 2004, mengatur tentang pedoman penyusunan perencanaan sumberdaya kesehatan di tingkat provinsi, kabupaten/kota, serta rumah sakit. Pada Kepmenkes tersebut disediakan pula menu tentang metode perencanaan tenaga kesehatan untuk dipilih sesuai dengan kemauan dan kemampuan.

Secara umum perencanaan dilakukan untuk hampir semua jenis tenaga, walaupun lebih dari separuh kab/kota tidak menerapkan pedoman perencanaan yang ditetapkan, dengan alasan utama kurangnya sosialisasi. Kekurangan tenaga terjadi pada semua jenis tenaga kesehatan. Sedangkan masalah utama ketenagaan adalah terbatasnya formasi dan kemampuan pendanaan, serta proses pengadaan dan penempatan yang kurang memuaskan.

Permasalahan ketenagaan di daerah tertinggal dan terpencil adalah rasio tenaga kesehatan per puskesmas yang lebih kecil, jangkauan desa terpencil yang lebih luas, dan proporsi pegawai PNS yang lebih sedikit, dukungan puskesmas pembantu (pustu) dan polindes (pondok bersalin desa) yang lebih sedikit, harapan terhadap insentif yang sangat tinggi, serta rencana kepindahan yang lebih tinggi. Jenis insentif yang paling diharapkan oleh petugas Puskesmas adalah gaji/tunjangan yang lebih baik, peningkatan karir, dan penyediaan fasilitas. Berdasarkan Kepmenkes No. 81 Tahun 2004, puskesmas minimal harus memiliki tenaga kesehatan sebagai berikut:

Tabel 3. Pola Ketenagaan Minimal Yang Wajib Dimiliki Puskesmas

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

Keterangan:
- Jumlah bidan desa sesuai dengan jumlah desa di wilayah kerja puskesmas.
- Tabel diatas tidak termasuk tenaga untuk puskesmas pembantu.

- Jumlah juru (SMK Kesehatan) sama dengan jumlah desa di wilayah kerja puskesmas.
- DTPK: Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan.

Sedangkan untuk penyelenggaraan manajemen puskesmas menurut Kepmenkes No. 81 Tahun 2004, minimal diperlukan tenaga sebagai berikut:

Tabel 4. Pola Kebutuhan SDM Untuk Penyelenggaraan Manajemen Puskesmas

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

Pada era otonomi daerah, distribusi untuk jenis tenaga kesehatan tertentu masih disalurkan dari pemerintah pusat (seperti dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dakter gigi spesialis, dan bidan). Penyaluran bidan terutama untuk mengisi posisi bidan desa. Jadi jejaringnya dari puskesmas, sedangkan untuk tenaga kesehatan lain menjadi tanggung jawab masing-masing pemerintah daerah dengan harapan daerah akan lebih kreatif. Biasanya disalurkan melalui jalur PNS, honorer atau PTT.

Saat ini sebagaimana diatur dalam UU No. 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (ASN), pemerintah pusat melalui BPPSDMK (Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan) menawarkan ke Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri) untuk turut serta dalam pengaturan DRP (*Distribution Recruitmant Planing*). Sehingga ada pembagian peran antara Kemenkes dengan Kemendagri. Dengan demikian apabila suatu kabupaten yang mengalami kesulitan untuk merekrut jenis tenaga kesehatan tertentu maka perekrutannya bisa diserahkan kepada provinsi. Misalnya, pendidikan dokter spesialis di Indonesia saat ini penyelenggaranya baru ada di 3 fakultas kedokteran (FKUI, FKUNHAS, dan FK Airlangga) dengan produksi pertahunnya sangat terbatas (800/ tahun yang dibiayai pemerintah atau 400/semester). Selain itu, karena tidak ada kewajiban untuk PTT (Praktik Tidak Tetap) maka setelah lulus pendidikan kedokteran spesialis, jarang sekali yang mau kembali mengabdi ke daerah. Sebagian besar dokter spesialis bekerja di perkotaan. Menurut data BPPSDMK, dari 800 orang lulusan pendidikan kedokteran spesialis pada April 2014, hanya 305 orang lulusan saja yang kembali mengabdi ke daerah asalnya. Padahal dalam Kepmenkes No. 81 Tahun 2004 sudah diatur bahwa bagi lulusan peserta didik spesialis yang sudah dibiayai, apabila tidak mau kembali ke daerah asalnya maka harus mengembalikan 25 kali dari besaran biaya yang diterima.

Menurut Kepmenkes No.81 Tahun 2004, pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan adalah upaya pengadaan tenaga kesehatan sesuai jenis, jumlah dan kualifikasi yang telah direncanakan serta peningkatan kemampuan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Berdasarkan PP No.32 Tahun 1996 dan Kepmenkes No.1192 Tahun 2004 terdapat enam kelompok pendidikan tenaga kesehatan yaitu:

1. Keperawatan yang meliputi Sekolah Perawat Kesehatan, Sekolah Pengatur Rawat Gigi, Keperawatan, Kebidanan, dan Kesehatan Gigi.
2. Kefarmasiaan, meliputi Sekolah Menengah Farmasi, Analis Farmasi.
3. Kesehatan Masyarakat (Kesehatan Lingkungan).
4. Gizi.
5. Keterapian Fisik meliputi Fisioterapi, Okupasi Terapi, Terapi Wicara, Akupuntur.
6. Keteknisan Medis meliputi SMAK, Analis Kesehatan, Teknik Gigi, Ortotik Prostetik, Teknik Elektro Medik, Teknik Radiologi, Pendidikan Teknologi Transfusi Darah, Perekam dan Informatika Kesehatan, dan Kardiovaksuler.

Saat ini sudah banyak pemerintah daerah yang menyediakan beasiswa pada tenaga kesehatan dari daerah setempat, dengan harapan mereka akan kembali lagi ke daerah asal. Untuk itu, bagi tenaga kesehatan yang mendapatkan beasiswa harus menandatangani surat perjanjian diatas akte notaris, sehingga jika mereka lulus dan tidak kembali ke daerah asalnya harus mengembalikan biaya yang sudah diterima selama menjalani pendidikan. Namun kenyataan dilapangan masih ada saja penerima beasiswa yang tidak kembali mengabdi ke daerah asal dan tidak juga mengembalikan biaya yang sudah diterimanya, sehingga pihak BPPSDMK harus berupaya menagih agar mengembalikan biaya yang sudah diterima tersebut. Proses penagihan ini sering kali tidak membuahkan hasil. Untuk itu dikeluarkan kebijakan, bahwa beasiswa akan diberikan pada calon peserta yang menyertakan surat rekomendasi dari bupati setempat. Pemerintah pusat saat ini hanya memberikan beasiswa pada tenaga kesehatan tertentu yang bersifat strategis, seperti beasiswa untuk jenjang pendidikan spesialis bagi dokter/ dokter gigi.

Keberadaan BPPSDMK sebagai pendukung/ penggerak dari SDM kesehatan ke berbagai wilayah Indonesia. Peran BPPSDMK dalam penyelenggaraan tenaga kesehatan di puskesmas adalah membuat

perkiraan perencanaan tenaga kesehatan di puskesmas. Jadi BPPSDMK memperkirakan besaran kebutuhan tenaga kesehatan di puskesmas secara nasional termasuk tenaga pendukungnya. BPPSDMK berkoordinasi dengan Kemendagri dalam penyediaan tenaga kesehatan. Apabila ada kebutuhan/kekurangan tenaga kesehatan di suatu wilayah tertentu, BPPSDMK akan melaporkan kepada Menpan untuk dijadikan pertimbangan saat mengadakan formasi penerimaan. Sedangkan proses perekrutan selanjutnya diserahkan kepada BKD (Badan Kepegawaian Daerah). Namun demikian seringkali formasi tenaga kesehatan tidak sesuai dengan yang diusulkan daerah, padahal pemerintah daerah sudah menyusun rencana kebutuhan berdasarkan beban kerja. Akibatnya masih banyak puskesmas yang krisis tenaga kesehatan.

Untuk mengatasi puskesmas yang kekurangan tenaga dokter, dikeluarkan kebijakan melalui pendelegasian kewenangan yaitu memberikan kewenangan kepada tenaga perawat untuk melakukan peran sebagai seorang dokter seperti memberikan pengobatan. Kewenangan ini hanya berlaku untuk daerah tertentu saja. Artinya tenaga perawat tidak boleh melakukan praktik sebagai dokter di puskesmas lainnya. Selain itu kewenanga pada perawat bisa juga diberikan jika tidak ada bidan. Perawat diperbolehkan melakukan pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan. Kewenangan diberikan juga kepada dokter umum untuk dapat melakukan peran dokter spesialis anak atau dokter anestesi dengan catatan didaerah tersebut tidak ada satupun dokter spesialisnya dan hanya boleh dilakukan didaerah tersebut untuk waktu tertentu.

Pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan, dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan, pendayagunaan tenaga kesehatan yang diselenggarakan secara merata, serasi, dan seimbang serta pemberian insentif, penyediaan fasilitas dan kemudahan karir.

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

Uji kompetensi dilakukan 5 tahun sekali oleh MTKP (Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi). Dalam rangka pengembangan tenaga kesehatan, pada saat uji kompetisi, tenaga kesehatan harus mengikuti pendidikan CPB (*Cardio Pulmonary Bypass*).

B. Ketersediaan Tenaga Kesehatan Puskesmas Di Mamuju

Salah satu strategi dalam pembangunan kesehatan tahun 2012 – 2016 di kabupaten Mamuju adalah meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan yang merata dan bermutu. Pemenuhan SDM kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara efektif sesuai dengan kepentingan masyarakat secara adil, utamanya di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan yang berkualitas, serta berdaya saing dengan lebih memantapkan sistem mutu (upaya, pengawasan, audit), standarisasi, dan sertifikasi serta mempermudah akses SDM kesehatan terhadap pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan, mengembangkan kode etik profesi serta meningkatkan pembinaan dan pengawasan SDM kesehatan yang diiringi dengan upaya menyejahterakan dalam rangka meningkatkan profesionalisme SDM Kesehatan. Untuk itu kebijakan pembangunan kesehatan tersebut difokuskan pada:

1. Kesejahteraan dan sistem insentif bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya khususnya yang bertugas di daerah terpencil belum memadai, sistem insentif yang ada akan disempurnakan dengan mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 857/ Menkes/SK/IX/2009 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas dan kebijakan lain yang diatur oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Mamuju. Pengembangan karir bagi tenaga kesehatan perlu ditingkatkan sehingga penyebaran tenaga kesehatan dapat merata.
2. Penguatan peraturan dalam aspek standarisasi, akreditasi, sertifikasi kompetensi dan lisensi SDM kesehatan, serta penerapannya dalam praktek kedokteran dan profesi kesehatan lainnya.
3. Peningkatan kerjasama antara institusi pendidikan tenaga kesehatan dengan penyedia pelayanan kesehatan dan organisasi profesi.
4. Peningkatan perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan serta pembinaan dan pengawasan sumber daya manusia kesehatan.

Untuk meningkatan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan termasuk SDM kesehatan, serta pemberdayaan profesi kesehatan,

sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan dilakukan melalui program:

- Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan
- Peningkatan keterampilan dan profesionalisme tenaga kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan;
- Pembinaan tenaga kesehatan termasuk pengembangan karir tenaga kesehatan;
- Penyusunan standar kompetensi dan regulasi profesi kesehatan

Tenaga kesehatan adalah bagian dari aset pelayanan kesehatan yang menjadi hal utama dalam pencapaian tujuan program yang telah ditetapkan. Secara umum tenaga kesehatan yang bekerja di Kabupaten Mamuju terdiri dari:

a. Dokter Spesialis, pada tahun 2009 baru ada 3 keahlian yang bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah, ahli penyakit dalam, ahli kandungan dan ahli bedah.
b. Dokter Umum, Dokter sebagai tenaga profesional bidang medis yang bekerja di puskesmas, pada tahun 2009 jumlah dokter umum PNS sebanyak 36 orang, peningkatan tenaga dokter umum PNS dari tahun 2006 – 2009, rata-rata mengalami kenaikan, tahun 2007 jumlah dokter 16 orang, pada tahun 2008 sebanyak 24 Orang dan pada tahun 2009 sebanyak 36 orang.
c. Dokter Gigi, Dokter Gigi adalah tenaga profesional medis dengan kekhususan pada gigi dan mulut yang bekerja di puskesmas, pada tahun 2009 jumlah dokter gigi sebanyak 9 orang PNS, pada tahun 2008 sebanyak 9 orang, pada tahun 2007 sebanyak 2 orang dan pada tahun 2006 sebanyak 1 orang,
d. Apoteker, adalah tenaga profesional kefarmasian yang bekerja sebagai tenaga pelayanan di puskesmas, pada tahun 2006 jumlah tenaga apoteker sebanyak 6 orang, pada tahun 2007 jumlah tenaga apoteker sebanyak 7 orang pada tahun 2008 jumlah tenaga apoteker sebanyak 6 orang, pada tahun 2009 jumlah apoteker sebanyak 15 orang disamping tenaga apoteker tenaga lain seperti asisten apoteker terdiri dari sarjana farmasi dan D III Farmasi.
e. Bidan, adalah tenaga pelayanan kesehatan yang fungsi utamanya memberi pelayanan kesehatan terhadap Ibu dan anak, jumlah bidan pada tahun 2006 sebanyak 53 orang, tahun 2007 sebanyak 61 orang, tahun 2008 sebanyak 71 orang dan pada tahun 2009 sebanyak 110 orang.
f. Perawat, adalah tenaga pelayanan kesehatan yang fungsi utamanya memberi pelayanan keperawatan terhadap pasien, jumlah perawat tahun 2006 sebanyak 161 orang, 2007 sebanyak 179 orang, tahun 2008 sebanyak 202 orang, tahun 2009 sebanyak 212 orang
g. Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) adalah tenaga kesehatan yang fungsi utamanya memberi pelayanan kesehatan komunitas (masyarakat) pada tingkat promotif dan preventif, jumlah tenaga SKM pada tahun 2006 sebanyak 15 orang, tahun 2007 sebanyak 23 orang, pada tahun 2008 sebanyak 24 orang, dan pada tahun 2009 sebanya 29 Orang
h. Ahli Gizi, adalah tenaga kesehatan yang fungsi utamanya memberi pelayanan kesehatan terhadap upaya perbaikan dan pengendalian Gizi Masyarakat, jumlah tenaga gizi pada tahun 2006 sebanyak 9 orang, pada tahun 2007 sebanyak 13 orang, tahun 2008 sebanyak 11 orang, dan pada tahun 2009 sebanyak 13 orang.
i. Sanitarian, adalah tenaga kesehatan yang fungsi utamanya memberi pelayanan pada upaya perbaikan dan penyehatan lingkungan penduduk atau masyarakat. Jumlah tenaga sanitarian tahun 2006 sebanyak 3 orang, pada tahun 2007 sebanyak 16 orang, pada tahun 2008 sebanyak 20 orang, dan pada tahun 2009 sebanyak 11 orang.
j. Tenaga kesehatan lain yang menunjang diagnose dokter dan menunjang pelayanan administerasi

Khusus tenaga kesehatan di puskesmas, kondisi tenaga kesehatan dengan status PNS masih sangat kurang dibandingkan dengan jumlah puskesmas yang ada. Dari 22 puskesmas, masih ada 5 puskesmas yang tenaga kesehatan PNS-nya kurang dari 5 orang per puskesmas (lihat tabel 5). Selama ini tenaga kesehatan yang bertugas di puskesmas sebagian besar adalah tenaga kontrak dan PTT. Bahkan tidak sedikit dari mereka yang sudah lebih dari 4 tahun bahkan ada yang sudah bertugas selama 20 tahun tetapi belum juga diangkat menjadi PNS.

Untuk mengatasi kelangkaan tenaga kesehatan di puskesmas, sejak tahun 2005 Bupati Mamuju telah mengeluarkan kebijakan untuk mengangkat tenaga kesehatan kontrak dan PTT dengan menggunakan anggaran APBD. Tenaga kontrak tersebut diprioritaskan untuk mengisi daerah terpencil dan kepulauan, karena daerah-daerah tersebut adalah daerah-daerah yang umumnya tidak diminati.

Menurut kepala Dinkes kabupaten Mamuju, jika pendistribusiannya bagus maka secara umum jumlah ketenagaan di Mamuju akan cukup. Namun sebagian besar tenaga kesehatan di Mamuju berada di perkotaan. Selain itu, ada juga beberapa puskesmas di kota Mamuju yang memiliki tenaga kesehatan dengan status PNS lebih dari 20 orang (lihat tabel 5). Padahal sesuai Kepmenkes No. 81 Tahun 2004

Tabel 5. Jenis Tenaga PNS Di Puskesmas Di Kabupaten Mamuju Sulawesi Barat Tahun 2014

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

Sumber: Dinkes Kab. Mamuju

setiap puskesmas terdapat standar kapasitas tenaga kesehatannya. Seperti misalnya untuk puskesmas di daerah perkotaan kapasitasnya 20 orang tenaga kesehatan termasuk tenaga administrasi dan manajemen puskesmas.

Kondisi tersebut diatas merupakan pekerjaan rumah bagi pemerintah daerah Mamuju yang selama ini sulit diatasi, karena biasanya ketika ada tenaga kesehatan di pindahkan misalnya dari puskesmas di provinsi ke puskesmas kabupaten sedangkan keluarganya tidak ikut pindah, maka keberadaan tenaga kesehatan tersebut menjadi tidak efektif. Ketidak efektifan tersebut terjadi dikarenakan secara geografi jarak tempuhnya jauh sehingga menyebabkan tenaga kesehatan tersebut terlambat datang setiap harinya atau jarang datang. Dapat juga terjadi apabila lulusan tenaga kesehatan yang sudah ditempatkan di sebuah puskesmas daerah kemudian setelah menikah harus pindah mengikuti suaminya bertugas. Akibatnya posisi tenaga kesehatan tersebut menjadi kosong. Hal ini menjadi dilema bagi Dinkes Kab. Mamuju.

Selama ini menurut informan Dinkes Kabupaten Mamuju, keberadaan Dinkes Kabupaten Mamuju tidak memiliki kewenangan penuh untuk distribusi atau penempatan bagi tenaga kesehatan puskesmas di wilayahnya. Karena pernah ada kasus, seorang tenaga kesehatan puskesmas daerah yang letaknya bukan di perkotaan meminta kepada pihak Dinkes Kabupaten Mamuju dipindahkan ke puskesmas di daerah perkotaan dimana istri dan anaknya tinggal. Tetapi karena pertimbangan bahwa puskesmas di perkotaan jumlah tenaga kesehatannya sudah melebihi standar kapasitas yang seharusnya

maka tenaga kesehatan tersebut tidak mendapat persetujuan. Namun beberapa waktu kemudian, tiba-tiba pihak Dinkes Kabupaten Mamuju mendapatkan Surat Keputusan pindah dari tenaga kesehatan tersebut ke rumah sakit umum provinsi. Itu artinya ia pindah dari tenaga kesehatan Dinkes Kabupaten menjadi tenaga kesehatan Dinkes Provinsi tanpa meminta izin dan rekomendasi terlebih dahulu dari kepala Dinkes Kabupaten.

Terbatasnya jumlah tenaga kesehatan di puskesmas tersebut, berdampak pada beban kerja para tenaga kesehatan di puskesmas. Apalagi di era JKN, dimana puskesmas menjadi pintu pertama dalam sistem rujukan sebelum masyarakat berobat ke rumah sakit. Sehingga dapat dipastikan jumlah pasien yang berobat ke puskesmas semakin bertambah dan beban kerja tenaga kesehatan di puskesmas pun semakin meningkat. Jika merujuk pada Kepmenkes No. 81 Tahun 2004, maka sebagian besar puskesmas di Mamuju tidak memenuhi standar minimal jenis tenaga kesehatan yang harus tersedia di puskesmas (lihat table 5). Akibatnya selain beban kerja yang menjadi besar, pekerjaan yang dilakukan tenaga kesehatan di puskesmas juga tidak sesuai dengan latar belakang pendidikannya. Bahkan dari temuan di lapangan ada kepala puskesmas yang latar belakang pendidikanya non kesehatan (sarjana agama). Kondisi ini tentu saja akan berpengaruh pada manajemen kinerja puskesmas. Selain itu, sebagian besar (70%) tenaga kesehatan di puskesmas menyatakan bahwa selama ini mereka banyak mengerkakan pekerjaan yang tidak sesuai dengan tupoksinya dan sering mendapat tugas tambahan (60%). Akibatnya tingkat kepuasan tenaga kesehatan terhadap capaian kinerjanya masih rendah dan sebagian besar tenaga kesehatan merasa belum puas dengan kinerja yang sudah dicapainya (75%).

Fakta lain di lapangan adalah dukungan untuk meningkatkan kompetensi dan kemampuan melalui pemberian beasiswa yang hanya ada untuk program dokter spesialis, sedangkan untuk tenaga kesehatan lainnya belum ada. Padahal sedikit sekali tenaga kesehatan yang mampu melanjutkan jenjang pendidikan secara swadana. Sehingga sebagian besar tenaga kesehatan di mamauju masih berlatar belakang pendidikan kurang dari S1. Sebagaimana temuan di lapangan bahwa 55% tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas masih berpendidikan Diploma III (D-III). Sementara itu dikarenakan keterbatasan fasilitas dalam pengembangan sumber daya manusia (SDM), maka dukungan pihak manajemen puskesmas untuk dapat melanjutkan pendidikan ke strata yang lebih tinggi masih kurang dan 30% tenaga kesehatan di puskesmas menyatakan keberatan jika harus menanggung biayanya sendiri untuk melanjutkan pendidikannya.

C. Strategi Kedepan

Puskesmas merupakan lembaga kesehatan yang menjangkau masyarakat di wilayah terpencil, membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan kesehatan. Selain itu, pada era JKN, puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama (PPK I) dimana masyarakat yang sakit harus ke puskesmas terlebih dahulu sebelum dirujuk ke rumah sakit, menyebabkan terjadinya peningkatan jumlah kunjungan pasien ke puskesmas. Untuk itu kesiapan SDM terutama tenaga kesehatan yang memadai sangat diperlukan.

Sebagaimana telah diatur dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 21 ayat (1), maka pemerintah daerah perlu mempunyai konsep yang nyata dan komprehensif dalam melakukan manajemen SDM kesehatan khususnya untuk puskesmas.

Terkait perencanaan, dimana di dalamnya mencakup pengadaan dan distribusi ketenagaan, meskipun selama ini tiap tahun Dinkes Kabupaten Mamuju sudah mengusulkan kebutuhan tenaga kesehatan sesuai dengan standar kebutuh dari masing-masing puskesmas. Namun selama pemerintah daerah masih belum mampu untuk merekrut PNS baru, maka Dinkes Kabupaten Mamuju mengeluarkan kebijakan untuk mengangkat tenaga honorer dan kontrak. Dimulai pada tahun anggaran 2015, dimana Dinkes Kabupaten Mamuju mengangkat banyak tenaga kesehatan kontrak yang dananya berasal dari kapitasi BPJS.

Untuk peningkatan kualitas dan pengembangan kompetensi tenaga kesehatan pihak Dinas Kesehatan mengadakan pelatihan. Pelatihan dilakukan atas dasar capaian pembangunan kesehatan. Program pelatihan banyak yang berasal dari anggaran provinsi dan hanya dikhususkan untuk tenaga kesehatan PNS. Sedangkan untuk tenaga kesehatan selain PNS (karena tenaga kesehatan yang bertugas di puskesmas di Mamuju sebagian besar adalah tenaga honorer dan PTT), pihak Dinas Kesehatan Mamuju mengeluarkan kebijakan untuk menggunakan anggaran dari kabupaten.

Di sisis lain, pemberlakuan system kapitasi berpengaruh pada puskesmas yang memiliki jumlah tenaga kesehatan sedikit. Karena biasanya puskesmas-puskesmas tersebut minim tenaga kesehatan dan itu berarti besaran kapitasi yang didapat kecil. Di Mamuju puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan sedikit umumnya adalah puskesmas yang berada di daerah terpencil atau dengan kondisi geografi yang sulit di jangkau seperti di pegunungan. Kondisi ini akan semakin tidak menarik bagi tenaga kesehatan untuk bekerja di sana. Untuk itu, dalam rangka

pendayagunaan tenaga kesehatan di puskesmas, Dinkes Kab. Mamuju mengusulkan agar penentuan besaran kapitasi tidak hanya didasarkan pada jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang ada di puskesmas, tetapi kondisi geografi juga dipertimbangkan sehingga para tenaga kesehatan tertarik untuk bekerja di puskesmas di daerah terpencil, kepulauan atau pegunungan dan tidak hanya berkumpul di kota.

Terkait kesejahteraan yang diterima oleh para tenaga kesehatan puskesmas di daerah pegunungan, pemerintah daerah Mamuju telah mengeluarkan kebijakan untuk puskesmas yang berada di daerah khusus yaitu adanya penambahan uang kinerja untuk semua tenaga kesehatan di puskesmas sebesar 1 juta rupiah.

III. PENUTUP

A. Kesimpulan

Kebijakan penyediaan tenaga kesehatan di puskesmas, ditujukan untuk mengatur tenaga kesehatan di puskesmas baik dari segi jumlah, jenis, kualifikasi, dan mutu serta penyebarannya yang dilakukan melalui perencanaan kebutuhan, pendidikan dan pelatihan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan. Namun lebih dari separuh kab/kota tidak menerapkan pedoman perencanaan yang ditetapkan, dengan alasan kurangnya sosialisasi.

Penyediaan tenaga kesehatan puskesmas di Mamuju masih menghadapi permasalahan, seperti pendistribusian yang tidak merata, proporsi pegawai PNS yang lebih sedikit, dukungan pustu dan polindes yang lebih sedikit, insentif yang sangat rendah, serta terbatasnya fasilitas untuk peningkatan kemampuan dan pengembangan SDM kesehatan yang kurang.

Kurangnya jumlah tenaga kesehatan dibanding puskesmas yang ada, menjadikan beban kerja tenaga kesehatan puskesmas semakin tinggi dan tidak sesuai dengan tupoksi serta latar belakang pendididkannya. Sehingga pada akhirnya berdampak pada menurunnya kualitas pelayanan di puskesmas.

Ada beberapa aspek yang harus diperhatikan dalam penyediaan tenaga kesehatan kedepan, yaitu produksi (berkaitan dengan kualitas dan kompetensi), penempatan (berkaitan dengan kebijakan pemerintah, lokasi penempatan, dan ketersediaan fasilitas kesehatan), distribusi (terkait pada rasio per populasi penduduk), dan kinerja dari tenaga kesehatan (terkait pada jumlah kunjungan atau pencapaian target).

B. Saran

Sosialisasi dan advokasi kebijakan penyediaan tenaga kesehatan puskesmas perlu di tingkatkan, Agar pemerintah daerah beserta instansi terkait paham dan melaksanakan kebijakan tersebut.

Pengadaan tenaga kesehatan di puskesmas harus disesuaikan dengan kebutuhan di tiap-tiap daerah dan bagi pemerintah daerah yang tidak sanggup untuk merekrut tenaga kesehatan PNS hendaknya mendapatkan bantuan anggaran yang berasal dari pusat. Sedangkan untuk penempatan tenaga kesehatan harus sesuai dengan latar belakang pendidikannya.

Perlu adanya penambahan kesejahteraan dan fasilitas untuk tenaga kesehatan yang bertugas di puskesmas di daerah pedesaan, terpencil, pesisir, dan pegunungan. Sehingga banyak tenaga kesehatan tertarik untuk bertugas di sana.

Strategi kedepan untuk mendapatkan pelayanan puskesmas yang berkualitas hendaknya pemerintah tidak hanya memperhatikan kualitas dari tenaga kesehatan di puskesmas, tapi juga kuantitasnya, sehingga mereka tidak bekerja melebihi beban kerjanya.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

Byars, Lloyd L., & Rue, Leslie W. (2006). *Human Resource Management*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill Irwin.

Daymone, Christine dan Holloway, Immy. (2008). *Metode-Metode Riset Kualitatif*, terjemahan oleh Cahya Wirtama, penyunting Santi Indra Astuti. Yogyakarta: Bentang.

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

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

Yaslis, Ilyas. (1999). *Penilaian dan Penelitian*. Depok: Badan Penerbit FKM UI.

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

Notoatmodjo, Soekidjo. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Imbalo, Pohan. (2007). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta EGC.

Anwar, Prabu. (2012). *Evaluasi Kinerja SDM*. Bandung: PT. Refika Aditama.

Prawirosentono, Suryadi. (1999). *Kebijakan Kinerja Karyawan*. Yogyakarta: BPFE.

Robbins, Stephen P., (1996). *Perilaku Organisasi Jilid II*, Alih Bahasa HadayanaPujaatmaka, Jakarta, Prenhalindo.

Sumantri, Arif. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kencana.

Wibowo. (2013). *Manajemen Kinerja*, Jakarta: Rajawali Pers.

Surat Kabar

"*Pelayanan Puskesmas masih Dikeluhkan*". Bali Pos, 13 Oktober 2004.

Website

UPTD Puskesmas Tanjung Palas Utara, Analisis Implementasi Kepmenkes No.128 Tahun 2004 Tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, (*online),* (http://pkmtanjungpalasutara.blogspot.com/2012/03/analisis-implementasi-kepmenkes-no128.html, diakses 6 April 2014).

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

Pemerintah Provinsi DKI Jakarta, 1 Maret 2013, Keluhan tentang pelayanan puskesmas di kelurahan Palmerah, (*online*), (http://prov.jakarta.go.id/opinipublik/aspirasi/2013/03/keluhan-tentang-pelayanan-puskesmas-di-kelurahan-palmerah , diakses 11 April 2014).