

**Kualitas dan Kuantitas
Tenaga Kesehatan Puskesmas**

**Studi Distribusi Desa-Kota dan Regional
Analisis Data SAKERTI 2000**

**Ihsan Husain
Mubasysyir Hasanbasri
Helly P. Soetjipto**

Daftar Isi

Daftar Isi	ii
Daftar Tabel.....	ii
Abstract	iii
Latar Belakang	1
Metode	2
Hasil dan Pembahasan.....	3
Hasil.....	3
Jumlah tenaga berdasarkan konteks Kota-Desa.....	3
Jumlah Tenaga berdasarkan konteks Regional.	5
Jumlah Tenaga berdasarkan konteks Kota-Desa dan Regional .	8
Kualitas tenaga Kesehatan Indonesia	10
Pembahasan	12
Jumlah Tenaga	12
Kualitas Tenaga	17
Kesimpulan.....	18
Saran	19
Daftar Pustaka.....	19

Daftar Tabel

Tabel 1. Jumlah tenaga berdasarkan konteks Kota-Desa.	4
Tabel 2. Jumlah Tenaga berdasarkan konteks Regional.....	6
Tabel 3. Deskripsi kondisi kepala dan dokter puskesmas.	8
Tabel 4. Jumlah Rata-rata Jenis Tenaga per Puskesmas.....	9
Tabel 5. Deskripsi Tenaga Honorer Berdasarkan Jenis Tenaga.	9
Tabel 6. Deskripsi Kualitas tenaga kesehatan Indonesia	11
Tabel 7. Deskripsi Kuantitas Tenaga Kesehatan Indonesia.....	11

Abstract

The Number and Quality Health Staff of Health Center Distribution Study of Village-Urban Area and Regional Analyse of Data Sakerti 2000

Ihsan Husain¹, Mubasysyir Hasanbasri², Helly P. Soetjipto³

Background: Health Development represents the integral part and the most important of national development. Health center is the underwriter of health effort organizer for the first level and represent tip of lance in health service. The service was most influenced by settlement and human resource management. Main problem in management of health staff is distribution human resource which not to spread, the other problem is over-staffing for non professional (non technical) staff and under-staffing for professional (technical) staff. The Erratic Officer (PTT) program for physicians, dentists and midwives cause the medical staff insufficiency in health center at the difficult area. Medical staff spreading not to spread correctly inter province or inter regency in same province.

Objectives: To know the availability of health staff in health center, to know the comparison of health staff spread in Sumatera, Jawa-Bali and East Area of Indonesia and Indonesia, to know the ratio of health staff spread in urban area and village, to know whether human resource available in health center in this time have according to standard official affairs, to know the quality of health staff available in health center.

Methods: This Research type of observational research, by using device of cross sectional survey. This research uses the quantitative method approach. This research was conducted in 13 provinces. Research population is head of health center and pustu entire of Indonesia. The unit analyses in this research are data of health center and pustu Sakerti year 2000.

Results: Amount of health staff nationally are insufficient, it showed with still to many of health center and pustu having less staff. The number of staff in village-urban area context indicates that staff in urbane area more better, base on the staff types still a lot of happened insufficiency of physicians and dentists in village. Quality of staff in urban area was better than in village, it showed by the percentage of medical staff which larger. The number of staff in regional context indicated that staff in Jawa-Bali better, from aspect of staff skills a lot of happened insufficiency of physician and dentist in East Area of Indonesia and Sumatera. Medical staffs in East Area of Indonesia still less from standard for health center.

Conclusion: This Research proves that government not yet able to push the physicians/health staff to resist of market theory. Health center in urban area has the more better of staff compared to health center in village. The number of staff is firm interlaced with

¹ District Health Official of Bukittinggi

² Magister, Health Service Policy and Management, Gadjah Mada University

³ Faculty of Psicology, Gadjah Mada University

health center location, in urban area or village as well as interlaced with a geographical position in Jawa-Bali, Sumatera or East Area of Indonesia. Quality of staff in urban area was better than in village and in Jawa-Bali was better than Sumatera and East Area of Indonesia.

Keyword: number, quality, health staff, puskesmas, Sakerti 2000.

Latar Belakang

Puskesmas adalah penanggungjawab penyelenggara upaya kesehatan untuk tingkat pertama¹. Puskesmas sebagai unit pelaksana pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan dalam menunjang keberhasilan untuk mencapai visi Indonesia sehat 2010. Keberhasilan ini sangat dipengaruhi oleh penataan dan pengelolaan tenaga untuk melaksanakan kegiatan pokok puskesmas². Keberhasilan puskesmas dalam menjalankan program ditentukan oleh sumber daya manusia yang seimbang antara tenaga pengobatan disatu pihak dengan tenaga promotif dan preventif dipihak lain^{3,4}. Masalah utama dalam pengelolaan tenaga kesehatan adalah distribusi SDM yang tidak merata. Juga yang tak kalah bermasalahnya adalah *Over-staffing* untuk tenaga nonprofesional (non teknis) dan *under-staffing* untuk tenaga profesional (tenaga teknis. Disisi lain banyak dokter yang bekerja sebagai kepala puskesmas (struktural) dan sebagai dokter yang praktek (fungsional), kekurangan jumlah tenaga adalah akar masalah yang sebenarnya⁵.

Program Pegawai Tidak Tetap (PTT) untuk dokter, dokter gigi dan bidan menyebabkan kekurangan tenaga medis di puskesmas untuk daerah sulit dan “kering” dan sebaliknya untuk daerah yang perspektif akan terjadi antrian tenaga medis⁶. Penyebaran tenaga medis tidak merata baik antar propinsi maupun antar kabupaten dalam propinsi yang sama. Selain itu, di propinsi-propinsi yang memiliki fakultas kedokteran/kedokteran gigi terdapat populasi tenaga medis yang relatif lebih banyak dibandingkan dengan yang lain. Jumlah yang banyak ini jika ditelusuri berasal dari kota dimana fakultas kedokteran/kedokteran gigi itu berada. Penumpukan tenaga medis ini terjadi juga di daerah dengan tingkat sosial ekonomi daerah yang lebih maju, sementara di daerah yang sosial ekonominya masih belum baik atau di daerah yang sulit (terpencil dan sangat terpencil) banyak puskesmas yang tidak memiliki tenaga medis⁷.

Untuk menunjang seluruh upaya pembangunan kesehatan diperlukan tenaga yang mempunyai sikap nasional, profesional, semangat pengabdian yang tinggi, berilmu dan terampil. Tenaga kesehatan dan tenaga penunjang perlu ditingkatkan kualitas, kemampuan serta persebarannya agar merata dan dapat mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan disetiap tingkatan khususnya dalam mendukung pelaksanaan otonomi daerah⁸. Pertemuan Nasional Bupati dan Walikota se-Indonesia dalam rangka desentralisasi di bidang kesehatan tanggal 28 Juli 2000 di Jakarta menyepakati bahwa peningkatan kualitas sumber daya manusia di daerah merupakan prioritas dalam pelaksanaan pembangunan daerah. Pada pertemuan ini disepakati langkah-langkah penyusunan rencana tenaga kesehatan sesuai pedoman dan ketentuan yang berlaku⁹.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui ketersediaan tenaga kesehatan di puskesmas, perbandingan sebaran tenaga kesehatan di Sumatera, Jawa-Bali dan Kawasan Timur Indonesia serta Indonesia. Untuk mengetahui perbandingan sebaran tenaga kesehatan di kota dan desa serta kualitas tenaga kesehatan yang ada di puskesmas.

Metode

Penelitian ini menggunakan data *cross sectional survey* dari SAKERTI 2000. Data SAKERTI diambil dari 13 propinsi yang di bagi atas 3 wilayah regional Indonesia yaitu regional Jawa-Bali terdiri propinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur dan Bali, regional Sumatera terdiri Propinsi Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan dan Lampung, regional Kawasan Timur Indonesia (KTI) terdiri dari propinsi Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan dan Sulawesi Selatan. Dari seluruh wilayah pencacahan yang terdiri dari 79 kabupaten/kota, terdapat 943 puskesmas dan puskesmas pembantu.

Penelitian menggunakan unit analisis puskesmas dan pustu. Pengambilan sampel yang dilakukan oleh Survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia (SAKERTI) tahun 2000. Peneliti memperoleh data dalam format STATA dipilih sesuai dengan tujuan penelitian. Data SAKERTI diambil pada Juni sampai November 2000. Data yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan file dan kode dalam kuesioner SAKERTI. Unit analisis dalam penelitian ini adalah data puskesmas dan pustu Sakerti tahun 2000.

Variabel terikat yang diteliti dalam penelitian ini adalah jumlah tenaga puskesmas dan kualitas tenaga. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tempat tugas (Desa/ Kota, Regional (Sumatera/ Jawa-Bali, KTI [Kawasan Timur Indonesia])).

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan dokumen kuesioner dari SAKERTI tahun 2000 bagian fasilitas kesehatan Puskesmas/Puskesmas Pembantu dalam format STATA pada komputer. Data yang dipakai adalah data yang tercakup dengan nomor LK01 (propinsi), LK05 (daerah fasilitas kota-desa), LK11 (tipe fasilitas yaitu puskesmas atau pustu), Ab (profesi kepala fasilitas), A1a (pendidikan tertinggi kepala fasilitas), D01 (jumlah seluruh tenaga termasuk PNS/PTT dan honorer), D03 (jumlah tenaga purna waktu berdasarkan jenis tenaga), D04 (jumlah tenaga paruh waktu berdasarkan jenis tenaga), D05 (punya tenaga honorer atau tidak), D07 (jumlah tenaga honorer purna waktu berdasarkan jenis tenaga) dan D08 (jumlah tenaga honorer paruh waktu berdasarkan jenis tenaga). Dalam menganalisis data yang tersedia pada dokumen sakerti digunakan program Stata.

Hasil dan Pembahasan

Hasil

Jumlah tenaga berdasarkan konteks Kota-Desa.

Rata-rata tenaga di puskesmas dan pustu untuk melihat keadilan distribusi jumlah tenaga kesehatan antara kota dan desa. Menurut teori pasar, tenaga kesehatan akan mengumpul di daerah yang

pasarnya tinggi, peran pemerintah meredistribusi tenaga ini. Jumlah puskesmas yang memiliki tenaga kurang memberikan gambaran kondisi ketenagaan antara puskesmas di kota dan di desa. Fungsi pemerintah untuk menjamin adanya tenaga pada seluruh puskesmas, keadilan penyebaran sarana kesehatan dengan tenaga yang cukup, bila puskesmas di kota dan di desa mempunyai tenaga yang mencukupi.

Pemerintah berfungsi untuk mendistribusikan dokter ke seluruh wilayah. Menurut teori pasar, dokter akan banyak di kota karena merupakan tempat dengan pasar yang tinggi. Status kepala yang dokter di asumsikan akan lebih banyak di kota, karena dokter akan memilih di tempat dengan sarana yang lengkap dan menjanjikan secara ekonomi. Puskesmas yang dipimpin oleh bukan dokter dapat diisi oleh tenaga kesehatan lain. Distribusi dikatakan adil bila puskesmas di kota dan di desa sama-sama dipimpin dokter atau sarjana kesehatan.

Desa dan kota berbeda dari segi kebutuhan tenaga, karena wilayah yang luas, sarana dan prasarana lain yang kurang memadai, fasilitas kesehatan swasta yang kurang. Tenaga yang dibutuhkan di desa akan lebih banyak dibanding di kota. Desa diasumsikan berdasarkan hal diatas memiliki tenaga honorer yang lebih banyak dibandingkan dengan di kota.

Tabel 1. Jumlah tenaga berdasarkan konteks Kota-Desa.

Ciri-ciri Tenaga		Puskesmas		Pustu (%)	
		Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)
Jumlah Tenaga	Rata Tenaga	52	57	55	83
Jenis Tenaga	Dokter	7	6	3	2
	Dokter Gigi	6	3	3	0,4
	Perawat	22	26	28	41
	Bidan	16	12	23	19
	Bidan Desa	6	19	3	19
	Pembantu ahli gizi	3	3	0,9	0,2
	Paramedis non perawat	11	10	4	1

Tabel 1. Lanjutan

Ciri-ciri Tenaga		Puskesmas		Pustu (%)	
		Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)
Jenis Tenaga	Pekarya	9	9	5	6
	Tenaga administrasi	13	11	10	9
	Lainnya	7	2	20	2
Status Kepala	Dokter	99	92	15	3
	Bukan Dokter	2	8	85	97
Pendidikan Kepala	Sarjana	33	24	0	0,5
	D3/Sarjana muda	0	12	8	4
	D2	0	0	1	0,5
	D1/bidan	0	24	54	32
	SLTA	50	41	36	62
	Lainnya	17	0	2	1
Status Tenaga	PNS/PTT	91	92	76	90
	Honoror	9	8	24	10
Status Honoror	Punya	75	78	31	19
	Tidak Punya	25	22	69	81

Meski tidak terdapat perbedaan yang mencolok, Tabel 1 memperlihatkan terdapat kekurangan tenaga di desa, hal ini membuktikan bahwa teori intervensi tidak terbukti. Pemerintah tidak bisa membuat distribusi tenaga di desa sama dengan di kota. Puskesmas di kota lebih banyak dipimpin dokter, walaupun tidak berbeda secara mencolok dibanding di desa. Puskesmas yang dipimpin sarjana kesehatan lebih banyak di kota. Tenaga honorer puskesmas di kota dan di desa tidak menunjukkan suatu perbedaan, hal ini menunjukkan bahwa puskesmas baik di kota dan desa masih kekurangan tenaga, tenaga honorer lebih banyak pada puskesmas di desa.

Jumlah Tenaga berdasarkan konteks Regional.

Bagian ini menyajikan rata-rata tenaga di puskesmas dan pustu untuk melihat keadilan distribusi jumlah tenaga kesehatan antara regional.

Menurut teori pasar, tenaga kesehatan akan mengumpul di daerah yang pasarnya tinggi, peran pemerintah meredistribusi tenaga ini. Distribusi dianggap adil jika tenaga di Jawa-Bali, Sumatera dan KTI sama dalam hal penyebarannya. Pendidikan kepala dokter diasumsikan lebih banyak di Jawa-Bali dan paling sedikit di KTI, karena Jawa-Bali lebih baik secara ekonomi, sarana dan prasarana yang lebih lengkap dan memadai.

Wilayah Indonesia yang sangat luas berbeda dari segi geografis dan demografis, hal ini menyebabkan perbedaan kebutuhan tenaga kesehatan. KTI yang memiliki geografis yang luas dan transportasi yang kurang baik tentunya membutuhkan tenaga kesehatan yang lebih banyak. Kondisi ini dalam ketenagaan memberikan suatu asumsi bahwa di KTI akan terjadi kekurangan tenaga sehingga di KTI ini akan banyak tenaga honorer di banding regional lainnya. Hasil deskripsi untuk jumlah tenaga berdasarkan konteks regional ini disajikan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Jumlah Tenaga berdasarkan konteks Regional

Ciri-ciri Tenaga		Puskesmas			Pustu		
		Jawa-Bali (%)	Sumatera (%)	KTI (%)	Jawa-Bali (%)	Sumatera (%)	KTI (%)
Jumlah Tenaga	Rata Tenaga	55	55	60	55	58	80
Jenis Tenaga	Dokter	7	6	5	5	1	5
	Dokter Gigi	5	4	2	3	2	2
	Perawat	21	28	31	32	38	54
	Bidan	14	19	12	21	37	7
	Bidan Desa	11	6	12	11	9	15
	Pembantu ahli gizi	3	4	5	0,3	2	0
	Paramedis non perawat	9	11	14	3	4	5
	Pekarya	10	8	9	6	4	7
	Tenaga administrasi	6	7	6	4	2	3
	Lainnya	14	4	5	15	2	2

Tabel 2. Lanjutan.

Ciri-ciri Tenaga		Puskesmas			Pustu		
		Jawa-Bali (%)	Sumatera (%)	KTI (%)	Jawa-Bali (%)	Sumatera (%)	KTI (%)
Status Kepala	Dokter	98	96	88	11	4	2
	Bukan Dokter	2	4	12	89	96	98
Pendidikan Kepala	Sarjana	30	25	0	0	0	0
	D3/Sarjana muda	0	0	22	8	5	2
	D2	0	0	0	1	0	0
	D1/bidan	20	0	22	42	53	13
	SLTA	50	50	33	47	42	82
	Lainnya	0	25	22	1	0	4
Status Tenaga	PNS/PTT	90	93	92	89	95	92
	Honorer	10	7	8	11	5	8
Status Honorer	Punya	82	58	69	33	12	14
	Tidak Punya	18	42	31	67	88	86

Meski tidak terdapat perbedaan yang mencolok, rata-rata tenaga membuktikan bahwa teori intervensi tidak terbukti. Pemerintah tidak bisa membuat distribusi tenaga di regional Jawa-Bali sama dengan di Sumatera dan KTI. Jumlah tenaga pustu berbeda sangat besar antara Jawa-Bali, Sumatera dan KTI. Hal ini menunjukkan bahwa di Jawa-Bali tenaga sudah mencukupi, sehingga pustu pun bisa diisi dengan tenaga yang memadai.

Kepala puskesmas yang dikepalai oleh dokter, terdapat perbedaan dimana untuk KTI mempunyai kepala yang lebih sedikit di banding Jawa-Bali dan Sumatera. Puskesmas yang dipimpin oleh sarjana kesehatan selain dokter di KTI belum ada sedangkan Jawa-Bali dan Sumatera tidak berbeda secara mencolok. Distribusi dikatakan adil bila puskesmas di tiap regional sama-sama dipimpin dokter atau sarjana kesehatan. Tenaga honorer pada puskesmas di KTI tidak berbeda secara mencolok di banding regional lainnya.

Jumlah Tenaga berdasarkan konteks Kota-Desa dan Regional

Bagian ini menyajikan beberapa hal yang sangat menentukan dalam hal ketenagaan puskesmas Indonesia yang ditinjau dari aspek kota-desa berdasarkan regional.

a. Aspek Kepala dan kondisi dokter

Dokter merupakan peran sentral dari keberadaan suatu puskesmas. Kondisi dokter di puskesmas ini dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Deskripsi kondisi kepala dan dokter puskesmas.

Status Dokter	Jawa-Bali		Sumatera		KTI	
	Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)
Kepala	99	95	97	95	97	83
Kepala Sarjana Kesehatan	33	29	25	0	0	0
dr Fungsional & Kepala	52	67	60	77	69	80
Fungsional	48	33	40	24	31	20
Part Time	3	8	1	2	0	0

Tabel 3 memperlihatkan bahwa sebagian besar puskesmas di Indonesia dipimpin oleh dokter, tetapi terdapat perbedaan antara Jawa-Bali, Sumatera dan KTI begitu juga halnya antara kota dan desa. Kepala puskesmas yang dipimpin sarjana kesehatan lain terdapat perbedaan yang mencolok antara Jawa-Bali dengan Sumatera dan KTI. Kekurangan tenaga dokter dapat dilihat dari jumlah dokter yang memegang jabatan rangkap sebagai kepala puskesmas dan sebagai dokter fungsional murni serta jumlah dokter yang diisi oleh dokter yang bekerja secara part time.

b. Aspek rata-rata tenaga per puskesmas

Rata-rata tenaga memberikan gambaran yang lebih rinci akan ketenagaan yang ada di puskesmas.

Tabel 4. Jumlah Rata-rata Jenis Tenaga per Puskesmas.

Jenis Tenaga	Jawa-Bali		Sumatera		KTI	
	Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)
Dokter	1,9	1,4	1,6	1,2	1,4	1,0
Dokter gigi	1,5	0,7	1,1	0,7	0,9	0,4
Perawat	5,5	6,1	7,7	7,4	9,1	7,9
Bidan	4,0	2,8	5,9	4,8	4,4	2,1
Bidan desa	1,7	5,5	0,8	3,0	1,4	4,4
Pembantu ahli gizi	0,7	0,6	1,1	0,9	1,8	1,0
Paramedis lain	2,5	1,9	3,1	2,2	4,0	3,0
Pekarya	2,4	2,3	2,0	1,8	2,3	2,3
Petugas administrasi	3,6	3,6	2,1	2,0	1,6	1,3
Petugas lainnya	1,7	1,0	1,2	0,8	1,5	1,0

Tabel 4 memperlihatkan rata-rata tenaga dokter, dokter gigi dan bidan lebih besar di Jawa-Bali diikuti Sumatera dan KTI dan di kota lebih besar dari desa. Perawat, bidan desa dan paramedis lain lebih besar di KTI diikuti Sumatera dan Jawa-Bali sedangkan di desa lebih besar dari kota.

c. Aspek tenaga honorer.

Tenaga honorer bertujuan untuk mengisi kekurangan tenaga yang ada pada saat ini.

Tabel 5. Deskripsi Tenaga Honorer Berdasarkan Jenis Tenaga.

Jenis Tenaga Honorer	Jawa-Bali		Sumatera		KTI	
	Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)
Total honorer	10	12	6	7	8	9
Perawat	8	13	11	11	7	12
Bidan	1	1	1	0	0	2
Bidan desa	1	3	0	0	0	1
Pembantu ahli gizi	4	7	0	0	2	2

Tabel 5. Lanjutan.

Jenis Tenaga Honorer	Jawa-Bali		Sumatera		KTI	
	Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)
Paramedis lain	6	17	4	3	9	6
Pekarya	6	8	4	7	9	6
Tenaga administrasi	20	24	4	10	20	20
Tenaga lain	60	61	35	62	40	60

Semakin banyak tenaga honorer menunjukkan semakin banyak terjadi kekurangan tenaga. Tabel 5 memperlihatkan tenaga honorer lebih besar di Jawa-Bali dan di desa. Jenis tenaga honorer yang paling banyak adalah tenaga administrasi dan tenaga lainnya, hal ini berlaku pada seluruh wilayah baik di Jawa-Bali, Sumatera dan KTI maupun kota dan desa.

Kualitas tenaga Kesehatan Indonesia

Kualitas tenaga akan dilihat dari perbandingan tenaga medis, para medis dan non para medis. Tenaga medis terdiri atas dokter dan dokter gigi. Para medis terdiri dari perawat, bidan, bidan desa, pembantu ahli gizi dan para medis lainnya. Tenaga non para medis terdiri atas pekarya, tenaga administrasi dan tenaga lainnya. Distribusi dianggap adil bila sebaran tenaga fungsional antara kota sama dengan desa. Kota dengan sarana dan prasarana yang lebih lengkap dan daya tarik ekonomi yang lebih besar akan lebih banyak menarik tenaga medis. Berdasarkan hal ini penulis berasumsi bahwa tenaga medis akan lebih banyak di kota. Desa dengan wilayah yang luas dan sarana dan prasarana yang kurang memadai, membutuhkan tenaga kesehatan yang lebih besar. Berdasarkan hal ini peneliti berasumsi tenaga paramedis akan lebih besar di desa.

Kondisi regional Indonesia berbeda antara satu dengan yang lain. Kondisi ini akan mempengaruhi distribusi tenaga kesehatan. Dokter dan dokter gigi akan lebih memilih daerah dengan prasarana yang lebih baik. KTI sebagai wilayah yang luas dan belum didukung

dengan prasarana yang memadai tentu sangat membutuhkan jumlah tenaga yang lebih banyak. Berdasarkan hal ini penulis berasumsi bahwa dokter akan lebih banyak di Jawa-Bali dan di KTI tenaga paramedis akan lebih tinggi.

Tabel 6. Deskripsi Kualitas tenaga kesehatan Indonesia

Jenis Tenaga	Konteks Kota-Desa		Konteks Regional			Indonesia
	Kota (%)	Desa (%)	Jawa-Bali	Sumatera	KTI	
Total honorer	13	9	12	10	7	12
Perawat	58	69	58	69	74	62
Bidan	29	22	30	21	19	26

Tenaga medis di kota lebih besar dibanding di desa sedangkan tenaga paramedis di desa berbeda mencolok dengan di kota. Tenaga medis di puskesmas di KTI hanya separo dari di Jawa-Bali, tenaga medis di puskesmas di Sumatera hanya sepertiga dari Jawa-Bali. Paramedis pada puskesmas tertinggi di KTI sedangkan untuk puskesmas terendah di Sumatera.

Sebaran tenaga kesehatan akan dilihat lebih rinci pada Tabel 7. Tabel tersebut memperlihatkan konteks kuantitas tenaga kesehatan berdasarkan konteks regional dengan rincian kota desa. Bagian ini akan dapat dilihat kecenderungan ketimpangan sebaran tenaga kesehatan antara kota dan desa tidak berbeda antara masing-masing regional.

Tabel 7. Deskripsi Kuantitas Tenaga Kesehatan Indonesia.

Jenis Tenaga	Jawa-Bali		Sumatera		KTI	
	Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)	Kota (%)	Desa (%)
Medis	13	8	10	8	8	6
Paramedis	56	65	70	74	73	75
Non Paramedis	30	27	20	18	19	19

Tenaga medis lebih banyak di kota baik itu di Jawa-Bali, Sumatera dan kawasan Timur Indonesia. Tenaga paramedis lebih banyak di desa pada seluruh regional.

Pembahasan

Jumlah Tenaga

Untuk menilai kecukupan tenaga bukan suatu hal yang gampang, apalagi untuk Indonesia yang sangat heterogen dalam berbagai hal. Perbedaan daerah desa dengan kota memberikan kesulitan untuk membuat suatu standar berapa kebutuhan akan tenaga kesehatan pada satu puskesmas. Desa dengan kondisi sosiologis, geografis, kependudukan, sarana dan prasarana sangat berbeda dengan kota.

Secara kewilayahan Indonesia merupakan negara yang sangat luas di kelompokkan menjadi 3 wilayah yaitu Indonesia bagian barat, Indonesia bagian tengah dan Indonesia bagian timur. Indonesia bagian barat secara sarana dan prasarana relatif lebih baik. Untuk transportasi di Indonesia bagian barat transportasi utama adalah transportasi darat sedangkan untuk Indonesia tengah dan timur adalah transportasi air. Secara geografis Indonesia bagian timur disamping terdapat pulau besar tapi sangat banyak yang terdiri dari pulau-pulau kecil. Secara kependudukan hampir dua per tiga penduduk Indonesia terdapat di pulau Jawa sementara sisanya tersebar di bagian lain Indonesia. Pada berbagai penelitian dibidang kesehatan wilayah Indonesia dikelompokkan atas Jawa-Bali, Sumatera dan Kawasan Timur Indonesia (KTI). Dalam penelitian ini mengikuti pengelompokan yang terakhir.

Rata-rata tenaga per puskesmas Indonesia 23,7 di kota 24,2 di desa 22,9 di Jawa-Bali 24,2 di Sumatera 22,6 dan di KTI 22,6. Dapat dilihat bahwa rata tenaga di kota dan Jawa-Bali lebih besar dari rata-rata nasional, terjadi kekurangan tenaga di desa, di Sumatera dan di KTI.

Hasil ini menunjukkan terjadi kesenjangan desa-kota dan regional, peran pemerintah sebagaimana diamanatkan undang-undang no 23

tahun 1992 bahwa pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan belum berjalan¹⁰.

Wahyuningsih pada penelitiannya di Surakarta menyebutkan bahwa tenaga yang ada di puskesmas saat ini masih kurang¹¹. Lukman dalam penelitiannya di kabupaten Aceh Besar mendapatkan bahwa pendistribusian tenaga kesehatan belum baik dengan adanya puskesmas yang sangat kelebihan tenaga dan pada sisi lain terdapat puskesmas yang kekurangan tenaga¹². Iswinarto dalam penelitiannya di kabupaten Rejang Lebong menyebutkan bahwa terjadi kekurangan tenaga terutama untuk tenaga dokter, bidan dan asisten apoteker¹³.

Kepala puskesmas ditempati oleh dokter, namun untuk yang bukan dokter sebagian besar masih ditempati oleh bukan sarjana. Menurut kepmenkes selain dokter yang bisa mengisi posisi kepala adalah sarjana kesehatan. Terlihat bahwa masih banyak kekurangan tenaga untuk diangkat sebagai kepala. Desa memiliki lebih banyak kepala puskesmas yang belum diisi oleh dokter atau sarjana kesehatan, namun di kota juga masih ada walaupun tidak sebesar di desa.

Pada regional KTI masih banyak kekurangan dokter atau sarjana kesehatan untuk mengisi posisi kepala, bahkan posisi kepala non dokter tidak satupun yang ditempati oleh sarjana kesehatan. Untuk Jawa-Bali dan Sumatera kepala non dokter juga rata-rata masih diisi oleh bidan atau tenaga dengan pendidikan SLTA.

Tenaga honorer menunjukkan bahwa pemerintah belum bisa memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, di Jawa banyak karena orientasi pasar, banyak kegiatan yang sudah lebih merespon pasar sehingga mereka bisa mengelola honorer, berbeda dengan di Sumatera dan KTI.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemerataan tenaga kesehatan belum berjalan sebagai diamanatkan Undang-Undang Kesehatan tahun 1992 bahwa pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan. Pemerataan di bidang kesehatan juga menjadi aspek penting yang menjadi perhatian organisasi kesehatan dunia (WHO), namun

aplikasinya belum berjalan dengan baik. Salah satu kendala yang dihadapi adalah cara mengukur pemerataan tersebut¹⁴.

Pemerintah dalam hal ini Menteri Kesehatan berfungsi mengatur penempatan tenaga medis dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat dilaksanakan melalui penempatan tenaga medis secara nasional dilakukan melalui masa bakti¹⁵.

Penyebaran SDM Kesehatan belum menggembirakan, sekalipun sejak tahun 1992 telah diterapkan kebijakan penempatan tenaga dokter. Fungsi yang diemban pemerintah belum berjalan sebagaimana seharusnya, seperti juga disampaikan Meliala (2005) bahwa terjadi *inequitable distribution* dalam konteks profesi dan geografi yang ditandai dengan tidak tersedianya dokter di setiap puskesmas, terutama di puskesmas yang berlokasi jauh dari kota dan sulit diakses¹⁶. Ricketts, TC (2005) menyebutkan di Amerika Serikat terjadi *geographic inequality* dibuktikan dengan rasio dokter dengan penduduk di desa 5 kali lebih kecil dibanding di kota¹⁷. Easterbrook, M dkk melaporkan bahwa untuk memberikan layanan kesehatan di pedesaan menjadi tantangan sistem perawatan kesehatan Canada¹⁸.

Tenaga perawat dan bidan/bidan desa lebih mencukupi di desa, KTI dan Sumatera. Bidan desa memang jauh lebih banyak di desa namun masih terdapatnya bidan desa di kota perlu dipertanyakan karena seharusnya di kota tidak perlu ditempatkan bidan desa. Hal ini menunjukkan peran pemerintah dalam meredistribusi tenaga ini perlu dipertanyakan, sesuai dengan namanya bidan desa ditujukan untuk mengisi kekurangan bidan yang sering terjadi di desa khususnya di daerah dengan geografi sulit seperti di KTI, walaupun menurut data yang ada hampir seluruh desa sudah mempunyai bidan desa tetapi pada kenyataannya di lapangan banyak desa yang tidak memiliki bidan¹⁹.

Jumlah perawat dan bidan/bidan desa yang lebih banyak di desa kemungkinan karena peran pasar, dimana pasar perawat dan bidan/bidan desa lebih banyak di desa yaitu untuk dapat melakukan praktek pribadi²⁰. Sebenarnya perawat dan bidan/bidan desa tidak

boleh melakukan praktek pengobatan pribadi. Menurut Undang-undang no 23 tahun 1992 dan Keputusan Menteri Kesehatan RI no 1239/Menkes/SK/XI/2001 disebutkan perawat hanya boleh melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya²¹. Dalam berpraktek perawat tidak menentukan tarif tapi biasanya pasien sudah mengetahui berapa harus membayar, dan sebagian besar pasiennya berasal dari kalangan bawah. Begitu juga halnya dengan bidan/bidan desa. Praktek bidan, seperti perawat juga illegal kecuali dalam hal menolong persalinan, perawatan ibu dan anak serta pelayanan KB²². Kepmenkes RI no 900 tahun 2002 menyebutkan bidan berwenang memberikan pelayanan yang meliputi:

1. pelayanan kebidanan;
2. pelayanan keluarga berencana;
3. pelayanan kesehatan masyarakat.

Dalam keadaan tidak terdapat dokter yang berwenang pada wilayah tersebut, bidan dapat memberikan pelayanan pengobatan pada penyakit ringan bagi ibu dan anak sesuai dengan kemampuannya²³.

Sekarang yang menjadi pertanyaan kenapa mayoritas masyarakat desa dan sebagian kecil masyarakat di kota memanfaatkan praktek pengobatan pada perawat dan bidan. Sciortino dalam penelitiannya menemukan bahwa

1. Mayoritas masyarakat desa, berobat ke perawat setelah mencoba mengobati sendiri atau setelah berobat ke puskesmas sedangkan kelas atas akan datang berobat ke dokter.
2. Tarif perawat/ bidan lebih murah dari dokter.
3. Perawat/ bidan buka setiap waktu dan puskesmas punya jadwal serta dokter sesuai jam praktek.

Selain peran pemerintah yang belum berjalan optimal hal ini juga terjadi karena tenaga kesehatan yang masih mengikuti hukum pasar. Saat ini terjadi perubahan pada sektor kesehatan dari sistem yang didominasi oleh perencanaan dan pengendalian oleh negara menjadi sistem yang lebih bertumpu pada mekanisme pasar²⁴. Sistem ekonomi berorientasi pasar merubah para profesional (dokter, perawat)²⁵.

Sistem pelayanan kesehatan yang bertumpu pada pembayaran masyarakat merupakan sistem yang lebih banyak menggunakan mekanisme pasar. Pemerintah Indonesia tidak dapat menahan mekanisme pasar selama sistem ekonomi dan politik negara juga menggunakan mekanisme pasar²⁶.

Distribusi geografis dokter menjadi perhatian di Indonesia karena dengan wilayah yang luas dan geografi yang sulit merupakan suatu tantangan yang hebat untuk memberikan pelayanan kesehatan²⁷. Untuk meningkatkan distribusi geografi dokter, pemerintah menggunakan kombinasi dari wajib kerja dan insentif. Untuk mengisi puskesmas pedesaan, pemerintah sudah lama memberlakukan wajib kerja sarjana untuk lulusan kedokteran²⁸. Pada banyak negara dengan mayoritas penduduknya tinggal di desa, sarana dan prasarana terpusat di kota, tantangan yang dihadapi adalah kekurangan dokter dan tenaga kesehatan di desa dan daerah pinggiran²⁹.

Masalah penempatan tenaga lebih kompleks karena di kota praktek pribadi lebih menguntungkan. Tujuan pembangunan Indonesia betul-betul menekankan keadilan diantara regional dengan penekanan khususnya pada daerah terpencil dan miskin. Negara telah berhasil membangun puskesmas pada tiap kecamatan namun tantangannya dalam penempatan tenaganya³⁰.

Apakah semua dokter yang bekerja berperilaku memaksimalkan pendapatan? Sebagian dokter berperilaku meningkatkan pendapatan setinggi-tingginya, karena dokter selalu dikaitkan dengan golongan elit di lingkungan hidupnya³¹ tapi ada pula yang berperilaku sesuai dengan azas kemanusiaan³².

Kualitas Tenaga

Kualitas tenaga sangat menentukan dalam bermutunya pelayanan yang diberikan. Dalam penelitian ini kualitas tenaga hanya dapat diukur dengan pendidikan tenaga yang dikelompokkan atas 3 yaitu medis yang terdiri dari dokter dan dokter gigi, paramedis yang terdiri dari perawat, bidan, bidan desa, pembantu ahli gizi dan paramedis non perawat. Kualitas tenaga dinilai dari prosentase jumlah tenaga medis dan paramedis dari keseluruhan tenaga

Tidak ada standar berapa perbandingan yang ideal antara tenaga medis dan paramedis untuk satu puskesmas, namun sebagai sarana pelayanan kesehatan ada standar minimal ketenagaan yang harus dipenuhi oleh suatu puskesmas. Pedoman Daftar Susunan Pegawai tahun 1999 yang disusun oleh depkes bervariasi antar puskesmas, tergantung jenis dan lokasi puskesmas. Terdapat perbedaan antara puskesmas daerah terpencil, puskesmas pedesaan dan perkotaan begitupun puskesmas rawatan dan puskesmas non rawatan. Perbandingannya bervariasi antara 3,8% untuk puskesmas rawatan daerah terpencil sampai 13,6% untuk puskesmas di pedesaan dengan rata-rata 8,5% tenaga medis perpuskesmas. Penelitian ini tidak membedakan lokasi dan jenis puskesmas secara khusus hanya secara global, untuk perbandingan standar kebutuhan kebutuhan jenis tenaga dipakai rata-rata yaitu 8,5% untuk tenaga medis dan 62,7% untuk paramedis.

Semakin banyak tenaga medis dan paramedis semakin berkualitas tenaga yang ada. Tenaga medis di kota 13,1% dan di desa 8,5%. Para medis di kota 58,4% dan di desa 69,3%. Non para medis di kota 28,5% dan di desa 22,2%. Hasil di atas memperlihatkan bahwa tenaga medis masih banyak di kota. Tenaga medis di Jawa-Bali 12,1%, di Sumatera 10% dan di KTI 6,9%. Paramedis di Jawa-Bali 58,4%, di Sumatera 69,4% dan di KTI 73,8%. Non paramedis Jawa-Bali 29,5%, di Sumatera 20,6% dan di KTI 19,3%. Hasil diatas

memperlihatkan bahwa tenaga medis lebih banyak di Jawa-Bali dibanding Sumatera dan KTI³³.

Bila dibandingkan DSP terjadi kekurangan tenaga medis di KTI. Untuk KTI ini peran pemerintah untuk dapat menciptakan pemerataan tenaga kesehatan sangat dibutuhkan, karena tanpa intervensi pemerintah kondisi ini akan selalu mengikuti hukum pasar. Tenaga medis akan selalu mencari daerah dengan pasar yang tinggi dalam hal ini adalah Jawa-Bali dan Sumatera. Jumlah tenaga medis kalau dilihat dari rata-rata nasional terlihat bahwa tenaga medis di desa, di Sumatera dan KTI kurang dari rata-rata. Kekurangan di desa dan Sumatera, hal ini menggambarkan kekurangan relatif pada daerah tersebut karena tenaga medis mengikuti hukum pasar, namun peran pemerintah untuk mendistribusikan tenaga medis sudah berjalan karena secara syarat minimal tenaga medis di puskesmas sudah dapat dipenuhi.

Standar paramedis menurut DSP rata-rata 62,7% perpuskesmas³⁴. Hasil ini memperlihatkan bahwa untuk di desa, KTI dan Sumatera para medis sudah mencukupi yaitu melebihi rata-rata nasional dan standar pada DSP. Dalam hal ini peran pemerintah untuk mendistribusikan paramedis sudah berjalan dengan baik.

Kesimpulan

Peran pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang adil dan merata belum bisa terlaksana sebagaimana diamanatkan undang-undang kesehatan. Namun, pemerintah belum bisa mendorong dokter/ tenaga kesehatan untuk melawan teori pasar. Puskesmas di kota memiliki jumlah tenaga yang lebih mencukupi dibanding puskesmas di desa. Kecukupan tenaga berkaitan erat dengan lokasi puskesmas, di kota atau di desa dan juga berkaitan dengan letak geografisnya di Jawa-Bali, Sumatera atau di KTI. Kualitas tenaga di

kota lebih baik dari di desa dan di Jawa-Bali lebih baik dari Sumatera dan KTI.

Saran

Departemen kesehatan agar dapat menempatkan tenaga sesuai kebutuhan di lapangan dan dapat mengisi formasi tenaga yang tidak sanggup daerah untuk memenuhinya terutama untuk pedesaan dan kawasan timur Indonesia (KTI). Pemerintah propinsi dan kabupaten/kota agar dalam mengangkat pegawai memperhatikan jenis pegawai yang dibutuhkan tidak hanya daru segi jumlah saja. Perlu penelitian lebih lanjut dengan menghitung berdasarkan beban kerja dan jumlah penduduk.

Daftar Pustaka

- 1 Depkes RI., 2004. Kepmenkes no 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Depkes RI. Jakarta.
- 2 Iswinarto., 2004. Analisis Kebutuhan Tenaga Puskesmas Berdasarkan Beban Kerja di Kabupaten Rejang Lebong Propinsi Bengkulu. Tesis S2 UGM. Yogyakarta.
- 3 Tulus, M.A., 1996. Manajemen Sumber Daya Manusia. Buku Panduan Mahasiswa. Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- 4 Hartono, B., 2001. Penataan Sistem Kesehatan Daerah. Depkes RI. Jakarta.
- 5 Meliala, A., 2005. Desentralisasi Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan: Pengalaman Implementasi di Daerah Istimewa Yogyakarta, Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah 2001-2003 . Gama Press. Yogyakarta.

6 Ibid.

7 Administrator., 2004. Survey Dokter dan Dokter Gigi Nasional. Terdapat di [http: www.tenaga-kesehatan.or.id](http://www.tenaga-kesehatan.or.id) diakses tanggal 5 Juli 2005.

8 Hapsara, HR., 2004. Pembangunan Kesehatan di Indonesia; Prinsip Dasar , Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa Depannya. Gama Press. Yogyakarta.

9 Ibid.

10 Hapsara, HR., 2004. Pembangunan Kesehatan di Indonesia; Prinsip Dasar , Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa Depannya. Gama Press. Yogyakarta.

11 Wahyuningsih, S., 2001. Perencanaan Kebutuhan Tenaga Puskesmas Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Tesis S2 UGM. Yogyakarta.

12 Lukman., 2004. Analisis Kebutuhan dan Distribusi Tenaga Puskesmas Berdasarkan Beban Kerja di Kabupaten Aceh Besar. Tesis S2 UGM. Yogyakarta

13 Iswinarto., 2004. Analisis Kebutuhan Tenaga Puskesmas Berdasarkan Beban Kerja di Kabupaten Rejang Lebong Propinsi Bengkulu. Tesis S2 UGM. Yogyakarta.

14 Nadjib, M., 1999. Pemerataan Akses Pelayanan Rawat Jalan di Berbagai Wilayah Indonesia. Terdapat di www.digilib.ui.ac.id diakses 28 feb 2006.

15 Depkes RI., 2002. Kepmenkes RI no 11540 tentang Penempatan Tenaga Medis melalui Masa Bakti dan cara lain. Depkes RI. Jakarta.

16 Meliala, A., 2005. Desentralisasi Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan: Pengalaman Implementasi di Daerah Istimewa

-
- Yogyakarta, Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah 2001-2003 . Gama Press. Yogyakarta.
- 17 Ricketts, T.C., 2005. Workforce Issues in Rural Areas: A Focus on Policy Equity. *American Journal of Public Health*. 95:42-48. Terdapat di <http://www.AJPH.org> diakses tanggal 14 Juli 2005.
- 18 Easterbrook, M., Godwin, M., Wison, R., Hodgetts, G., Brown, G., Pong, R., Najgebauer, E., 1999. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location, *Canadian Medical Association JAMC*. 20:1159-1162.
- 19 Hapsara, HR., 2004. Pembangunan Kesehatan di Indonesia; Prinsip Dasar , Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa Depannya. Gama Press. Yogyakarta.
- 20 Sciortino, R., 1995. Care-takers of cure, an anthropological study of health centre nurses in rural central java. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- 21 Depkes RI., 2001. Kepmenkes RI no 1239 tentang Registrasi dan Praktik Perawat. Depkes RI. Jakarta.
- 22 Sciortino, R., 1995. Care-takers of cure, an anthropological study of health centre nurses in rural central java. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- 23 Depkes RI., 2002. Kepmenkes RI No 900 tentang Registrasi dan Praktik Bidan. Depkes RI. Jakarta.
- 24 Trisnantoro, L., 2004, Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- 25 Trisnantoro, L., 2005. Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- 26 Ibid.

-
- 27 Chomitz, Kenneth M., Setiadi, Gunawan., Azwar,A., Ismail, Nusye., Widiyarti. what do doctors want?: two empirical estimates of indonesian physicians' preferences regarding service in rural and remote areas, diakses 24-7-2005.
- 28 Ibid.
- 29 Strasser, R., 2003. Rural health around the world: challenges and solutions, Family Practice Vol. 20, No. 4. Oxford University Press. Terdapat di www.fampra.oupjournals.org.
- 30 Chomitz, Kenneth M., Setiadi, Gunawan., Azwar,A., Ismail, Nusye., Widiyarti. what do doctors want?: two empirical estimates of indonesian physicians' preferences regarding service in rural and remote areas, diakses 24-7-2005.
- 31 Trisnantoro, L., 2004. Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- 32 Trisnantoro, L., 2005. Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- 33 Depkes RI., 1999. Kepmenkes RI No 976 tentang Pedoman Penyusunan Daftar Susunan Pegawai (DSP) Pusat Kesehatan Masyarakat. Depkes RI. Jakarta.
- 34 Ibid.