



Australia Indonesia Partnership
Kemitraan Australia Indonesia



AUSTRALIA INDONESIA
GOVERNANCE RESEARCH PARTNERSHIP

Pendayagunaan
tenaga kesehatan

Stephanie Doris Short
Hasbullah Thabrany
Yaslis Ilyas
Firman Lubis
Robyn Iredale
Valentin Dimitrov Hadjiev

POLICY BRIEFS

POLICY BRIEFS

Pendayagunaan tenaga kesehatan

POLICY BRIEF 10 (2008)

Australia Indonesia Governance Research Partnership
Crawford School of Economics and Government
ANU College of Asia and the Pacific
The Australian National University

Hak Cipta

© kompilasi ini dimiliki oleh Crawford School of Economics and Government, The Australian National University, 2008. © masing-masing tulisan dimiliki penulis. Isi tulisan adalah pandangan dan pendapat penulis, tidak merefleksikan pandangan Crawford School of Economics and Government, the Australian National University atau Pemerintah Australia.

ISSN 1836-0211 (Print)
ISSN 1836-022X (Online)

Diterbitkan oleh Crawford School of Economics and Government, the Australian National University, ABN 52 234 063 906,
J G Crawford Building
The Australian National University
Australian Capital Territory, 0200, Australia

ph +61 2 6125 0132
fax +61 2 6125 0767
email enquiries.aigrp@anu.edu.au
web <<http://www.aigrp.anu.edu.au>>

POLICY BRIEFS

Daftar isi

Pendayagunaan tenaga kesehatan

1

Professor Stephanie Doris Short

Professor Hasbullah Thabrany

Dr Yaslis Ilyas

Dr Firman Lubis

Dr Robyn Iredale

Mr Valentin Dimitrov Hadjiev

Tentang Policy Brief ini

Policy Brief ini menyajikan temuan-temuan dari penelitian yang didanai Australia Indonesia Governance Research Partnership (AIGRP).

AIGRP adalah fasilitas untuk mensponsori dan mempromosikan penelitian kolaborasi antara peneliti-peneliti Indonesia dan Australia, dengan fokus keahlian analitis pada bidang-bidang yang terkait dengan kebijakan di Indonesia, dan memperkuat landasan intelektual perdebatan akademis dan umum.

AIGRP adalah Inisiatif Pemerintah Australia yang dikelola oleh Crawford School of Economics and Government, The Australian National University.

Tentang Penulis

Stephanie Doris Short adalah ahli sosiologi dan analis kebijakan kesehatan dan konsultan kurikulum pada *School of Population Health* di *University of Queensland* dan *Adjunct Professor* di *Centre for Law and Justice Research* di *Queensland University of Technology*. Beliau juga menjabat sebagai Convenor dari HealthGov Network yang didanai oleh *Australian Research Council* dan Ketua Eksekutif dari *International Consortium for Research on Governance of the Health Workforce*. (s.short@sph.uq.edu.au).

Hasbullah Thabrany adalah Profesor di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Beliau menyelesaikan studi pasca sarjana di *University of California*, dengan spesialisasi kebijakan dan administrasi kesehatan. Sebelumnya, beliau adalah dokter umum. Profesor Thabrany mengkoordinir penelitian dan pelatihan, penasehat Departemen Kesehatan dan DPR tentang kebijakan kesehatan dan menjadi salah satu anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional di Indonesia. hasbullah.thabrany@ui.edu)

Yaslis Ilyas adalah pengajar senior dan manajer training di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia dimana beliau menamatkan program doktor-nya di bidang kesehatan masyarakat. Dr. Ilyas adalah Kepala Pusat Pelayanan Masyarakat dan Pengembangan Sumber Daya Manusia Universitas Indonesia. Penelitian beliau mengenai tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan telah menarik dukungan dana dari *Health Insurance Association of America*, Maryland, USA, UNICEF, Bank Pembangunan Asia (ADB), Departemen Kesehatan Indonesia, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan Bank Dunia. (yaslis_ilyas@yahoo.com).

Firman Lubis adalah pengajar senior di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Spesialisasi utamanya adalah pada bidang epidemiologi, biostatistics, socio-anthropology dan pengobatan keluarga. Dr. Lubis telah bekerjasama dan menjadi konsultan pada berbagai organisasi internasional termasuk USAID, AUSAID, UNFPA, *Population Council*, *Family Health International*, Organisasi Kesehatan Dunia, Bank Dunia, Bank Pembangunan Asia dan sebagainya.

Robyn Iredale menyelesaikan program doktornya di bidang pengakuan kualifikasi luar negeri di Australia. Beliau telah menyelesaikan berbagai proyek tentang migrasi tenaga kerja (khususnya migrasi tenaga kerja terlatih), pengakuan keahlian, migrasi perempuan, pengungsi dan masalah-masalah terkait. Beliau memiliki pengalaman yang luas di Asia dan Pasifik. (robyn.iredale@anu.edu.au)

Valentin Dimitrov Hadjiev adalah lulusan di bidang Hukum dari University of Sydney. Beliau telah bekerja sebagai akademisi di bidang hukum internasional di Universities of Sofia dan Sydney, dan beliau pernah menjadi Senior Fulbright Fellow di University of Virginia Law School pada tahun 1998–1999. Beliau juga asisten peneliti senior di bidang hukum internasional pada *Law & Justice Research Centre*, *Queensland University of Technology*, dan *Adjunct Research Fellow* di *Institute of Ethics, Governance and Law*, *Griffith University* (valentin.hadjiev@qut.edu.au).

Managing the medical workforce

Professor Stephanie Doris Short

Professor Hasbullah Thabrany

Dr Yaslis Ilyas

Dr Firman Lubis

Dr Robyn Iredale

Mr Valentin Dimitrov Hadjiev

1. Pendahuluan

Reformasi tatakelola tenaga kesehatan di Indonesia sangat penting dan sangat tepat waktu karena beberapa alasan. Pada bulan Juni 2007, dalam dengar pendapat Mahkamah Konstitusi, Ikatan Dokter Indonesia mengakui bahwa standar praktek profesi kedokteran belum ada. Membentuk dasar sistem kesehatan yang benar (tidak hanya masalah sumber daya manusia) sehingga sistem tersebut dapat berfungsi dengan lebih efektif merupakan prioritas utama dari program bantuan Australia, seperti yang ditetapkan pada Buku Putih 2006. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) menetapkan bahwa hak terhadap kesehatan merupakan perwujudan dari kesejahteraan umum yang tercantum dalam pembukaan UUD 1945.

Peningkatan hasil sektor kesehatan Indonesia memerlukan penyelesaian terhadap dua tantangan utama terkait personil: kualitas dan distribusi. Kualitas pelayanan yang diberikan oleh para profesional di bidang kesehatan sangat tergantung pada kualitas lembaga yang melatih dan memberikan sertifikasi kepada mereka. Persyaratan akreditasi untuk lembaga pendidikan dan sertifikasi profesi, persyaratan posisi dalam konteks dinamika sistem desentralisasi pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan. Masalah distribusi adalah bagaimana menyeimbangkan penawaran (praktisi medis) dan permintaan (kebutuhan dan harapan masyarakat) untuk memperbaiki ketidakseimbangan distribusi yang saat ini tidak menguntungkan bagi daerah pedesaan dan daerah terpencil khususnya (Joint Learning Initiative, 2004; Ilyas, 2006).

Penelitian ini dilakukan sebagai bagian dari tugas *International Consortium for Research on Governance of the Health Workforce (ICR-GHW)*, kerjasama antara pemerintah, pembuat peraturan, asosiasi profesi dan peneliti, yang dibentuk dengan bantuan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), didanai oleh *Australia Indonesia Governance Research Partnership*. Proyek ini membawa implikasi bagi berbagai organisasi pemerintahan, profesional, swasta dan masyarakat, khususnya Departemen Kesehatan, Konsil Kedokteran Indonesia, Ikatan Dokter Indonesia dan organisasi konsumen.

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan kontribusi bagi pengembangan kerangka kebijakan yang kuat bagi tata kelola tenaga kesehatan, yang meliputi:

- (i) standar profesi dan etika untuk menentukan pengakuan praktisi medis dalam profesi medis
- (ii) sistem pengaturan yang dapat menjamin dan meningkatkan kinerja para dokter dan untuk melindungi keamanan pasien.
- (iii) Pengaturan pendanaan dan kebijakan sumber daya manusia yang diperlukan untuk menjamin distribusi dokter yang lebih berimbang sehingga hak semua warga negara terhadap pelayanan kesehatan dapat dipenuhi.

Tabel dibawah ini merinci fungsi-fungsi dari Undang-Undang dan peraturan terkait yang mengatur sektor kesehatan di Indonesia

Tabel 1: Konteks pengaturan, Undang-Undang dan Peraturan

No	Tahun	Nama	Fungsi Utama
1	1945	Undang-Undang Dasar	Menjamin 'hak akan kesehatan' sebagai perwujudan dari kesejahteraan umum.
2	1974	Instruksi Presiden (Inpres)	Memberikan mandat bahwa semua dokter yang baru lulus wajib bertugas di daerah-daerah pedesaan, dimana pelayanan kesehatan tidak mencukupi, selama 1-3 tahun.
3	1991	Peraturan Presiden No. 37	Mengatur rekrutmen dokter sebagai pegawai tidak tetap.
4	1992	Undang-Undang Kesehatan No. 23	Mengatur pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah dan lembaga-lembaga swasta.
5	1996	Peraturan Pemerintah No. 32	Mengatur pengelompokan berbagai jenis tenaga kesehatan.
6	1997	Peraturan Menteri Kesehatan No. 916	Mengatur perijinan bagi praktek kedokteran.
7	2002	Peraturan Menteri Kesehatan No. 1540	Mengatur penempatan dokter selama masa tugas.
8	2004	Peraturan Menteri Kesehatan No. 1199	Pedoman rekrutmen tenaga kesehatan yang akan ditugaskan di fasilitas kesehatan pemerintah.
9	2004	Undang Undang No. 29 tentang Praktek Kedokteran	Mengatur mengenai jaminan kualitas pelayanan kesehatan dan biaya yang terjangkau yang harus dilaksanakan oleh setiap dokter dan dokter gigi
10	2004	Undang-Undang No. 32 tentang Pemerintahan Daerah	Dengan desentralisasi setiap pemerintah daerah memiliki otoritas untuk merekrut tenaga kesehatan di daerah masing-masing sebagai pegawai pemerintah daerah.
11	2005	Peraturan Menteri Kesehatan No. 1419	Mengatur pelaksanaan praktek kedokteran dan kedokteran gigi.

2. Temuan utama

Sebagian besar pemberi informasi setuju bahwa Undang-Undang dan peraturan yang saat ini berlaku yang mengatur profesi medis di Indonesia sudah memadai. Namun demikian, implementasinya tidak konsisten, dengan penerapan yang tidak seragam pada semua tingkat pemerintahan. Kendala yang terbesar dalam merancang dan menerapkan langkah-langkah untuk mengatasi kelemahan yang dibahas dibawah ini, adalah kenyataan bahwa pemerintah Indonesia, dalam tiga dekade terakhir ini, mengalokasikan kurang dari 2 persen dari anggaran nasional untuk pelayanan kesehatan. Kekurangan pendanaan ini mencerminkan rendahnya status dan kedudukan profesi medis dalam pembangunan nasional.

Masalah-masalah yang sering muncul dalam diskusi dengan pemangku kepentingan sektor kesehatan termasuk:

Distribusi

- Perlunya kebijakan baru tentang distribusi dokter, yang lebih jelas dan dapat diterapkan secara lebih konsisten. Ini dipandang sebagai hal yang sangat penting untuk memperbaiki kesenjangan distribusi dokter antara daerah pedesaan dan perkotaan.

Pendayagunaan tenaga kesehatan

- Sehubungan dengan ini, masalah lain adalah tidak adanya proses perencanaan yang jelas untuk menentukan jumlah dokter yang diperlukan setiap kabupaten setiap tahunnya. Disamping itu, pengerahan dokter sebagai pegawai pemerintah tidak memadai akibat dari keterbatasan pendanaan.
- Kurangnya kepemimpinan yang efektif di lembaga medis mengakibatkan lemahnya tata kelola sumber daya kesehatan yang tersedia saat ini.

Kualitas

- Tidak adanya standar nasional untuk pendidikan kedokteran mengakibatkan perbedaan kualitas yang cukup besar diantara lulusan sekolah kedokteran. Seringkali, tidak ada sinkronisasi antara pendidikan kedokteran dengan kompetensi yang dibutuhkan untuk menjadi seorang dokter. Saat ini, ada 67 sekolah kedokteran di Indonesia, yang sangat beragam dalam hal kualitas. Dirasakan ada kebutuhan untuk kerjasama yang lebih baik antara pemangku kepentingan untuk meningkatkan kualitas pendidikan kedokteran.
- Konsil Kedokteran, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran, Departemen Pendidikan dan Departemen Kesehatan perlu mengambil tindakan untuk menetapkan standar kompetensi nasional yang dipersyaratkan bagi lulusan kedokteran, dan memantau dan mengawasi proses pendidikan kedokteran dengan baik.
- Tidak ada sistem perencanaan karir yang komprehensif bagi dokter-dokter. Dirasakan bahwa peraturan baru diperlukan, untuk menampung tiga opsi jenjang karir: sipil, militer dan polisi dan swasta. Sektor swasta (rumah sakit dan perguruan tinggi kedokteran) perlu mengambil tanggung jawab lebih dalam perencanaan angkatan kerja bagi tenaga profesional medis.

3. Meningkatkan distribusi pelayanan kesehatan

Kebijakan yang terdahulu

Sejak tahun 1974, Indonesia mulai mengirim para dokter ke berbagai kecamatan dengan tujuan untuk menjamin semua penduduk mendapat akses terhadap pelayanan kesehatan. Program tersebut dikenal dengan Inpres dan dimandatkan bahwa semua lulusan sekolah kedokteran disebar untuk melayani kecamatan dengan populasi 10-30 ribu, untuk jangka waktu 1 sampai dengan 3 tahun. Pada awalnya, program ini hanya bagi lulusan kedokteran umum, namun dikemudian hari diperluas mencakup dokter spesialis, khususnya spesialis penyakit dalam, spesialis anak, ahli bedah dan ahli kebidanan/kandungan, yang ditempatkan di rumah sakit-rumah sakit tingkat kabupaten. Program tersebut berhasil mencapai distribusi dokter yang lebih meluas dan secara signifikan menurunkan tingkat kematian bayi.

Namun, setelah kisis ekonomi Indonesia tahun 1997, kebijakan wajib kerja ini ditentang karena melanggar hak dokter untuk memilih pekerjaannya. Sebagian besar dokter yang telah menyelesaikan program wajib kerja berusaha menjadi pegawai negeri untuk jaminan kepastian kerja seumur hidup. Pada akhirnya, program wajib kerja diganti dengan kontrak sukarela dimana dokter-dokter secara sukarela ditempatkan di daerah terpencil dengan tambahan gaji untuk menarik minat para dokter tersebut ke daerah terpencil: semakin terpencil daerah penempatan, semakin tinggi gaji yang ditawarkan.

Tiga puluh tahun setelah Inpres, permintaan terhadap pelayanan kesehatan dan kemampuan sebagian dari masyarakat untuk membayar jasa pelayanan kesehatan telah meningkat, terutama di daerah perkotaan. Daya tarik dari pendapatan yang lebih baik, dan berakhirnya

sistem wajib kerja Inpres, telah menciptakan konsentrasi dokter di kota-kota besar, dimana persaingan diantara dokter menjadi semakin tinggi. Tingginya biaya pendidikan kedokteran ditambah dengan adanya informasi yang tidak simetris (*assymetric information*) dari jasa medis – khususnya terkait prosedur-prosedur mahal, telah menimbulkan bahaya moral (*moral hazard*). Peningkatan permintaan terhadap pelayanan kesehatan dan kemampuan beberapa pasien untuk membayar telah mempengaruhi perilaku dokter dan rumah sakit, yang makin berorientasi pada maksimalisasi keuntungan.

Apakah sebagai akibat atau bukan, malpraktek juga semakin meningkat pada penghujung 1990-an. Sementara itu, tindakan disipliner yang diterapkan oleh Ikatan Dokter Indonesia tidak efektif karena tidak adanya sanksi hukum, denda ataupun penalti. Kekhawatiran akan meningkatnya malpraktek telah mendorong IDI melobi anggota DPR untuk mengesahkan Undang-Undang Praktik Kedokteran pada penghujung 1990-an. Saat ini, berbagai upaya sedang dilakukan untuk meningkatkan kualitas dan mengurangi kesalahan medis dengan mempromosikan kebijakan 'dahulukan pasien'. Namun, kecenderungan saat ini bahwa dokter menjalankan praktek pada beberapa tempat akan merusak upaya mencapai pelayanan kesehatan masyarakat yang berkualitas tinggi.

Keluhan bahwa pendapatan dokter-dokter yang dipekerjakan pemerintah tidak memadai adalah umum. Rendahnya gaji pegawai pemerintah mendorong banyak dokter yang bekerja di pusat-pusat kesehatan, sekolah kedokteran dan kantor-kantor kesehatan lainnya untuk mendapatkan tambahan pendapatan melalui praktek swasta di berbagai kantor/rumah sakit swasta (saat ini dibatasi oleh Undang-Undang maksimal hanya di 3 lokasi). Membagi waktunya untuk beberapa tempat berbeda berarti para dokter tersebut mengabaikan beberapa pasien. Idealnya, seorang dokter harus bekerja penuh waktu di satu tempat untuk memaksimalkan keberadaannya bagi pasien. Tentu saja, praktek-praktek swasta tersebut terkonsentrasi di daerah perkotaan yang lebih menguntungkan, situasi yang menyumbang pada distribusi dokter yang tidak berimbang antara kota dan desa/daerah terpencil. Menjamurnya rumah sakit swasta di Indonesia dan kekurangan dokter spesialis merupakan hambatan lain dalam menciptakan sistem pelayanan kesehatan masyarakat yang mengutamakan pasien.

Prakarsa kebijakan saat ini untuk mengatasi masalah distribusi

Mengingat bahwa propinsi dengan sumber daya yang lebih sedikit tidak mampu untuk menarik dokter, Departemen Kesehatan sedang mengembangkan prakarsa yaitu menyediakan beasiswa bagi dokter-dokter muda yang dikaitkan dengan penempatan, untuk melanjutkan ke tingkat spesialis. Dalam program ini, seorang dokter dapat melamar untuk mendapatkan beasiswa tersebut (mencakup biaya pendidikan dan biaya hidup selama 4-5 tahun pendidikan spesialis), dengan persyaratan dokter tersebut menandatangani kontrak yang mengikatkan dirinya selama beberapa tahun untuk bekerja di kabupaten kecil setelah lulus. Semakin terpencil dan terbelakang daerah penempatan, makin singkat jangka waktu penempatan wajib. Pengalaman yang lalu dari penempatan dokter umum membuktikan bahwa para dokter cenderung akan mempertimbangkan penempatan di daerah terpencil bila ada sistem insentif, hal ini mengindikasikan bahwa insentif keuangan dapat menjadi mekanisme yang efektif untuk mencapai distribusi tenaga kesehatan yang lebih merata.

Ketidakterataan distribusi dokter, karena ketidakseimbangan insentif ekonomi dan fasilitas umum, mengakibatkan timbulnya pengembangan prakarsa lokal oleh Propinsi dan Kantor Kesehatan Kabupaten. Konsep 'Dokter Keluarga', suatu pendekatan yang rasional untuk membuat struktur penyediaan pelayanan kesehatan (ini berarti spesialis akan dipakai hanya bila diperlukan saja), sedang diujicoba melalui proyek percontohan di Kalimantan Timur dan Sumatera Barat dibawah *Health Work Force Project*. Disamping itu, beberapa prakarsa lain juga telah diterapkan di Bali dan Sulawesi Selatan. Prakarsa lokal tersebut dirancang untuk mengantisipasi kesulitan dalam mengelola ketersediaan dokter

Pendayagunaan tenaga kesehatan

dan distribusi dokter merupakan kontribusi yang signifikan terhadap pengembangan tata kelola sektor kesehatan yang efektif.

4. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan

Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Konsil Kedokteran Indonesia

Pada tahun 2004, Undang-Undang Praktik Kedokteran diundangkan (UU no 29/2004) dan Konsil Kedokteran Indonesia dibentuk (selanjutnya disebut Konsil) sebagai badan pembuat keputusan dan pengendali mutu yang mengatur profesi kedokteran dan kedokteran gigi. Konsil tersebut memiliki dua kamar: kedokteran dan kedokteran gigi. Walaupun Konsil ini masih baru, road map pengelolaan profesi kedokteran dan kedokteran gigi yang sepadan dengan yang ada di negara yang lebih maju, telah dirancang. Prosedur untuk menyaring kualitas input, proses pendidikan, akreditasi, perizinan dan pendidikan kedokteran berkelanjutan (*continuing medical education/CME*) sudah dijabarkan. Model 'Swiss Cheese' berupa penyaringan yang terus menerus untuk memastikan kualitas yang konsisten pada semua tingkatan pendidikan dan perizinan telah diadopsi oleh Konsil. Tantangannya adalah menerapkan sanksi hukum bagi yang melanggar prosedur standar.

Globalisasi dan Pembukaan Perdagangan Jasa di ASEAN

Globalisasi, secara umum, dan *ASEAN Framework Agreement on Services* (AFAS) dimana Indonesia harus membuka pintu bagi dokter asing selambat-lambatnya pada tahun 2010, memberikan tantangan yang besar untuk Indonesia. Aliran wisatawan medis saat ini, termasuk penduduk Indonesia yang bepergian ke luar negeri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, berdampak pada sektor kesehatan publik di Indonesia. Menurut Ikatan Dokter Indonesia Sumatera Utara, penduduk Sumatera Utara menghabiskan lebih dari Rp. 1 triliun setiap tahunnya untuk pelayanan kesehatan di Malaysia. Banyak penduduk kaya di Indonesia yang lebih mempercayai dokter-dokter di Malaysia dan Singapura dibandingkan dokter-dokter di Indonesia, dan bersedia membayar biaya dokter yang lebih tinggi di luar negeri.

Gaji dokter-dokter Indonesia yang bekerja di sektor publik jauh lebih rendah daripada yang bekerja di Malaysia dan Singapura. Sebagai akibatnya, sebagian besar dokter di Indonesia harus mencari tambahan dengan bekerja di klinik-klinik atau rumahsakit-rumahsakit swasta, yang dengan demikian akan menghambat upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan mendorong penduduk yang mampu untuk terus mencari pelayanan kesehatan di luar negeri.

Pendidikan kedokteran berkelanjutan (PKB)

Otoritas Indonesia harus memberi perhatian lebih pada tugas memastikan PKB yang memadai bagi semua dokter. Walaupun mekanisme perizinan saat ini mensyaratkan gelar dan akumulasi kredit untuk PKB, mekanisme akreditasi yang menjamin kompetensi medis spesifik dimiliki dan ditingkatkan oleh dokter-dokter belum diimplementasikan. Tanpa peningkatan kualitas yang berarti, dokter-dokter di Indonesia tidak akan mampu bersaing dengan dokter asing dan akan rentan terhadap gugatan malpraktek. Data mengindikasikan bahwa kejadian dan kelaziman gugatan malpraktek di Indonesia meningkat. Penegakan hukum atas implementasi Undang-Undang Praktik Kedokteran harus diterapkan. Indonesia sudah dikenal akan tingkat korupsi dan pelanggaran hukum yang tinggi karena lemahnya penegakan hukum, walaupun peraturan-peraturan telah dibuat.

Pelatihan untuk para pendidik

Salah satu elemen penting dari penerapan standar yang tinggi adalah ketersediaan peralatan medis dan kompetensi profesional akademisi di sekolah kedokteran. Menjamurnya sekolah kedokteran baru dewasa ini, negeri dan swasta, telah menimbulkan keawatiran para ahli bahwa kualitas pendidikan kedokteran dikorbankan. Hampir semua pemberi informasi mengakui bahwa kualitas lulusan sekolah kedokteran di Indonesia sangat bervariasi akibat dari lemahnya akreditasi, terbatasnya peralatan modern di rumah sakit pendidikan (*teaching hospital*), perbedaan dalam kualitas tenaga pengajar dan kadangkala akibat dari tingginya rasio mahasiswa terhadap dosen/profesor. Banyak sekolah kedokteran kekurangan peralatan medis yang tepat dan terkini untuk pengajaran.

Akreditasi lembaga pelatihan dan rumah sakit

Tantangan lain yang dihadapi profesi medis di Indonesia adalah tidak adanya proses akreditasi yang ketat bagi lembaga. Walaupun sistem kredit PKB ada, akreditasi struktural dan audit medis di rumah sakit belum diterapkan. Tidak adanya penjaminan kualitas yang efektif dalam praktek kesehatan secara keseluruhan, khususnya di rumah sakit, dapat menjadi faktor yang menyebabkan meningkatnya kasus-kasus malpraktek. Diakui bahwa sistem pelayanan kesehatan Indonesia sedang mengalami kesulitan dalam menyeimbangkan pengawasan kualitas yang ketat dan keterbatasan pendanaan.

5. Rekomendasi

Rekomendasi 1: Mengembangkan tata kelola medis yang komprehensif dan terintegrasi

1. Bahwa Departemen Kesehatan membentuk Satuan Tugas Tatakelola Medis di tingkat nasional untuk mengembangkan skema tata kelola medis yang komprehensif dan solid di Indonesia.
2. Satuan Tugas ini sebaiknya diprakarsai dan diketuai oleh Menteri Kesehatan sebagai ex-officio dan melibatkan semua pemangku kepentingan dalam pelayanan kesehatan seperti Ikatan Dokter Indonesia, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia, Konsil Kedokteran, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia, DPR, Yayasan Konsumen, Asosiasi Rumah Sakit, Asosiasi Asuransi Kesehatan dan sebagainya.
3. Penunjukan anggota dari Satuan Tugas ini haruslah didasarkan pada pengetahuan dan keahlian dalam bidang medis dan pelayanan kesehatan yang dimiliki dan harus ditetapkan dengan Keputusan Presiden.
4. Satgas ini dirancang untuk bekerja sama dengan Konsil Kedokteran Indonesia yang baru dibentuk, dengan fokus pada tatakelola profesi kedokteran, bukan pada pembuatan keputusan yang merupakan kewenangan Konsil Kedokteran.

Rekomendasi 2: Mengembangkan rencana aksi nasional

1. Tugas utama dari Satuan Tugas Tatakelola Medis adalah untuk mengembangkan Rencana Aksi Nasional untuk Sistem Pelayanan Kesehatan, meliputi praktisi medis, dan memperhatikan pertimbangan pendanaan pelayanan kesehatan.
2. Rencana Aksi Nasional ini haruslah secara jelas menjabarkan tugas dan fungsi dari pemerintah, sektor swasta dan praktisi medis. Sistem ini haruslah mencakup sektor publik dan swasta.
3. Rencana Aksi ini haruslah dikembangkan dengan referensi terhadap seluruh Undang-Undang dan peraturan bidang kedokteran dan kesehatan yang ada.

Pendayagunaan tenaga kesehatan

4. Jika diperlukan, Undang-Undang dan peraturan baru harus dibuat selama masa pengembangan sistem tersebut.

Rekomendasi 3: Definisikan dan jelaskan peran dan tanggung jawab setiap lembaga

1. Rencana tersebut haruslah secara jelas mendefinisikan dan menjabarkan tugas dan tanggungjawab dari lembaga yang terkait dalam tatakelola medis (termasuk pelatihan, *qualifying*, sertifikasi, perizinan, pengawasan dan sanksi) dalam rangka mendefinisikan dimana otoritas satu lembaga/organisasi mulai dan berakhir. Lembaga-lembaga ini termasuk Departemen Kesehatan, Kantor Dinas Kesehatan, Konsil Kedokteran, Ikatan Dokter Indonesia, Kolegium Kedokteran Spesialis, dan sebagainya.
2. Perhatian khusus harus diberikan kepada tingkat kabupaten karena adanya kebijakan desentralisasi.
3. Sistem yang dibuat haruslah berdasarkan pengalaman dan pelajaran yang didapat dari tatakelola medis di negara lain, khususnya Asia Tenggara, dan juga pengalaman daerah-daerah di Indonesia.

Rekomendasi 4: Selenggarakan seminar, workshop dan riset terapan khusus

1. Seminar dan workshop harus diselenggarakan oleh Satgas selama masa pembuatan Rencana Aksi untuk mendapatkan input dari para ahli dan praktisi dari lembaga terkait. Ahli internasional juga perlu diundang untuk terlibat.
2. Riset terapan atau operation research kecil dapat diselenggarakan bilamana perlu untuk mendukung pengembangan Rencana Aksi tersebut.

Rekomendasi 5: Implementasi dari rencana aksi

- 1 Implementasi dari Rencana Aksi harus dilakukan dengan mempertimbangkan fleksibilitas, bertahap dan dibawah pengawasan dan evaluasi yang seksama terhadap perkembangan implementasi tersebut.
- 2 Implementasi harus dimulai dari daerah yang lebih siap untuk mengimplementasikan Rencana tersebut, dan kemudian direplikasi di daerah lain.

Referensi

Ilyas, Y (2006). *Determinan Distribusi Dokter Spesialis Di Kota/Kabupaten Indonesia*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 9, 3, 146-155.

Joint Learning Initiative (2004) *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*. Harvard University Press, Cambridge, MA.

CRAWFORD

 **SCHOOL**

THE AUSTRALIAN NATIONAL UNIVERSITY