

EVALUASI KEBIJAKAN PENEMPATAN TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS SANGAT TERPENCIL DI KABUPATEN BUTON

THE EVALUATION OF HEALTH FORCE DEPLOYMENT POLICY IN THE VERY REMOTE
COMMUNITY HEALTH CENTER IN BUTON REGENCY

Herman¹, Mubasysyir Hasanbasri²

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Buton

²Minat Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan,
FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: One of the important elements and very determining for becoming innovator in the effort of increasing the quality of health service is the health force. The deployment of health force especially in the very remote public health center is meant for the generalization of health service, but in fact the placement of health force policy in the very remote public health center in Buton Regency is not yet flattened yet. Besides, the interest and motivation of those who are placed in the are very low.

Purpose: Analyse the placement of health force policy in the very remote public health center in Buton Regency.

Method: It is a descriptive research, with qualitative method to evaluate the placement of health force policy in the very remote public health center in Buton Regency.

Result: The placement of doctor, nurse, and midwife policy in the very remote public health center should be supported by supporting facilities namely office and office vehicle. The placement policy is influenced by geographical factor and the intervention of stakeholders in the regency. Doctor, nurse and midwife forces placed in the very remote public health center do not have retention to stay and work in the very remote public health center.

Conclusion: The deployment of health force policy can not overcome the lack of health force in the very remote public health center yet. The small incentive and the indefinite of carrier development and the low appreciation are the main reason why the health forces do not have retention, so that the very remote public health center lacks of health force.

Keywords: placement policy, financial, supporting facilities, force retention

ABSTRAK

Latar Belakang: Salah satu unsur penting yang sangat menentukan dan diharapkan dapat menjadi inovator bagi upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah tenaga kesehatan. Penempatan tenaga kesehatan khususnya di puskesmas sangat terpencil dimaksudkan untuk pemerataan pelayanan kesehatan, namun kenyataannya kebijakan penempatan tenaga kesehatan di puskesmas sangat terpencil di Kabupaten Buton belum merata, disamping itu minat dan motivasi tenaga kesehatan yang ditempatkan di puskesmas sangat terpencil sangat kurang, walaupun ditempatkan tidak akan bertahan lama, yang dapat dilihat dari tingginya permintaan pindah tugas di daerah perkotaan sehingga terjadi penumpukan tenaga di puskesmas perkotaan.

Tujuan: Untuk mengetahui kebijakan penempatan tenaga kesehatan di puskesmas sangat terpencil Kabupaten Buton

Metode: Merupakan penelitian deskriptif, dengan metode kualitatif untuk mengevaluasi kebijakan penempatan tenaga kesehatan di puskesmas sangat terpencil di Kabupaten Buton.

Hasil : Kebijakan penempatan tenaga dokter, bidan dan perawat di puskesmas sangat terpencil didukung oleh sarana penunjang yakni rumah dinas dan kendaraan dinas. Kebijakan penempatan terkendala faktor geografis dan intervensi *stakeholders* di daerah. Tenaga dokter, bidan dan perawat yang ditempatkan tidak retensi tinggal dan bekerja di puskesmas sangat terpencil. Kecilnya penghasilan karena tidak tersedia insentif, pola pengembangan karir yang tidak jelas dan tidak adanya penghargaan bagi mereka yang bekerja di puskesmas sangat terpencil merupakan alasan penting untuk pindah. Perpindahan dilakukan baik antar puskesmas maupun lintas wilayah. Kebijakan penyediaan sarana penunjang belum mampu membuat tenaga retensi tinggal dan bekerja di puskesmas sangat terpencil.

Kesimpulan : Kebijakan penempatan tenaga kesehatan belum dapat mengatasi kekurangan tenaga di puskesmas sangat terpencil. Tidak adanya insentif dan ketidakjelasan pengembangan karir dan penghargaan bagi mereka merupakan penyebab tenaga tidak retensi, sehingga di puskesmas sangat terpencil kekurangan tenaga.

Kata Kunci: kebijakan penempatan, finansial, sarana penunjang, retensi tenaga

PENGANTAR

Harapan diberlakukannya desentralisasi bidang kesehatan dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan di samping bertujuan agar pemerintah kabupaten/kota dapat mengelola sumber daya manusia (SDM) dengan baik, sehingga permasalahan-permasalahan di bidang SDM seperti penempatan tenaga yang tidak merata, ketidaksesuaian jenis dan jumlah tenaga yang dibutuhkan dapat teratasi.

Dinas Kesehatan Kabupaten Buton adalah unsur pelaksana pemerintah daerah yang mempunyai tugas pokok melaksanakan kewenangan otonomi daerah dibidang kesehatan dengan

fungsi: 1) merumuskan kebijakan teknis bidang kesehatan; 2) pemberian perizinan dan pelayanan umum; 3) pembinaan terhadap UPTD di bidang kesehatan; pengelolaan urusan ketatausahaan dinas. Untuk melaksanakan fungsi tersebut diperlukan SDM yang potensial dan produktif.

Pemerataan tenaga kesehatan merupakan suatu masalah di Kabupaten Buton yang sampai saat ini belum teratasi. Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas di wilayah kepulauan sangat kurang dibanding Puskesmas perkotaan. Rasio jenis tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, bidan perawat, dan lain-lain) terhadap 100.000 penduduk yang harus dilayani masih kurang seperti angka rasio tenaga dokter 4,4 per 100.000 penduduk masih jauh di bawah rata-rata rasio nasional 27,13 per 100.000 penduduk. Penempatan tenaga yang tidak merata telah mengakibatkan rendahnya mutu pelayanan kesehatan di daerah terpencil.¹ Hasil kajian Bali-tbangkes bahwa sistem penempatan dokter PTT dinilai belum efektif untuk menjawab kebutuhan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan efisiensi manajemen program.

Dari segi efektivitas penempatan tenaga kesehatan bahwa minat dan motivasi tenaga kesehatan yang ditempatkan di Puskesmas sangat terpencil sangat kurang, walaupun ditempatkan tidak akan bertahan lama yang dapat dilihat tingginya permintaan pindah tugas di daerah perkotaan, sehingga Puskesmas di perkotaan *turnover* sementara Puskesmas sangat terpencil kekurangan tenaga. Kekosongan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan terutama di daerah terpencil dan semi terpencil karena tidak ada kebijakan pemberian insentif bagi berbagai jenis tenaga kesehatan (bidan, perawat, dokter dan lain-lain).² Oleh karena itu, perlu dilakukan evaluasi kebijakan penempatan tenaga kesehatan di Puskesmas sangat terpencil di Kabupaten Buton.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif dengan metode wawancara mendalam. Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Buton Propinsi Sulawesi Tenggara. Lokasi ini dipilih karena sebagian besar Puskesmas di Kabupaten Buton adalah Puskesmas sangat terpencil dan berada di wilayah kepulauan.

Informan penelitian berjumlah 17 orang yang terdiri dari Sekretaris Daerah, Kepala BKD, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bidang Pengembangan dan Mutasi BKD, Kepala Seksi Kepegawaian Dinas Kesehatan. Informan dari Puskesmas sebanyak 12 orang yang terdiri dari Kepala Puskesmas, Dokter, Bidan dan Perawat di tiga Puskesmas.

Pengumpulan data primer melalui wawancara mendalam, sedangkan data sekunder diperoleh melalui tinjauan dokumen di BKD, Dinas Kesehatan dan Puskesmas untuk mendapatkan dokumen yang berkaitan dengan penelitian. Analisis data kualitatif dilakukan dengan cara mentranskrip catatan serta seluruh hasil rekaman wawancara mendalam (*indepth interview*), kemudian data dirangkum dalam bentuk kategori atau hubungan kategori. Tahap selanjutnya mengelompokkan kategori data kemudian dilihat keterkaitan satu kelompok dengan kelompok lain, lalu dibuat kesimpulan. Data kemudian disajikan dalam bentuk narasi.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Jumlah dan Rasio Tenaga Dokter, Bidan dan Perawat

Jumlah tenaga perawat lebih besar dibanding tenaga dokter dan bidan. Jumlah tenaga dokter pada tahun 2005 mengalami penurunan dan tahun 2006 jumlahnya tetap, sementara jumlah tenaga bidan dan perawat dari tahun 2004 sampai 2006 terus mengalami peningkatan. Demikian pula dengan rasio jenis tenaga.

Tabel 1. Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Buton Tahun 2004 - 2006

Tahun	Jumlah Penduduk	Dokter		Bidan		Perawat	
		Jumlah	Rasio	Jumlah	Rasio	Jumlah	Rasio
2004	265724	14	5,27	47	17,69	167	62,85
2005	270100	11	4,07	62	22,95	173	64,05
2006	271657	11	4,05	97	35,31	223	82,09

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Buton

Gambaran mengenai kecukupan tenaga dokter, bidan dan perawat yang ada di Puskesmas adalah dengan melihat rasio tenaga tersebut di unit pelayanan Puskesmas per 100.000 penduduk. Pada tahun 2006 rasio dokter 4,0/100.000 penduduk. Rasio tersebut masih di bawah rata-rata rasio nasional yaitu 27,13/100.000 penduduk. Demikian pula dengan rasio tenaga bidan dan perawat di Kabupaten juga masih di bawah rata-rata rasio nasional. Rasio bidan adalah 22,5/100.000 penduduk sementara rasio nasional 59,08/100.000 penduduk dan rasio perawat adalah 82,1/100.000 penduduk, sedangkan rasio tenaga perawat dan rasio nasional yakni 112,16/100.000 penduduk.

Distribusi tenaga dokter, bidan dan perawat di Puskesmas di Kabupaten Buton tidak merata, sebagian besar tenaga dokter tersebar di wilayah daratan baik Puskesmas terpencil maupun Puskesmas sangat terpencil. Jumlah tenaga dokter tahun 2004 adalah 14 orang, yang bertugas di wilayah kepulauan 10 orang dan wilayah daratan 2 orang, tahun 2005 jumlah tenaga dokter 11 orang (wilayah kepulauan 3 orang dan daratan 8 orang) dan pada tahun 2006 jumlah dokter sebanyak 11 orang (wilayah kepulauan 1 orang dan daratan 10 orang).

Hal ini menunjukkan bahwa dari tahun 2004 - 2006 jumlah tenaga dokter yang bekerja di Puskesmas terpencil kepulauan semakin kecil. Khusus Puskesmas Batu Atas sejak tahun 1998 sampai saat ini belum pernah ditempatkan tenaga dokter, karena Puskesmas Batu Atas merupakan Puskesmas yang paling jauh di antara seluruh Puskesmas yang ada, dan merupakan Puskesmas sangat terpencil di wilayah kepulauan.

2. Retensi Tenaga

Berdasarkan hasil wawancara dan tinjauan dokumen diketahui bahwa sebagian tenaga dokter,

bidan dan perawat tidak retensi tinggal dan bekerja di Puskesmas sangat terpencil khususnya Puskesmas sangat terpencil wilayah kepulauan. Jumlah tenaga dokter yang tidak retensi atau pindah tugas ketempat lain adalah 5 orang (41,67%), bidan 14 orang (36,84%), perawat 29 orang (20,57%), tahun 2005 jumlah dokter tidak retensi 4 orang (50,00%), bidan 19 orang (36,54%), perawat 36 orang (24,00%), dan tahun 2006 jumlah tenaga dokter yang tidak retensi bekerja di Puskesmas sangat terpencil adalah dokter 2 orang (28,57%), bidan sebesar 20 orang (25,64%) dan jumlah perawat tidak retensi adalah 29 orang (16,02%).

Perpindahan dilakukan baik antar Puskesmas dalam wilayah Kabupaten Buton maupun lintas wilayah. Proses pemindahan (mutasi) tenaga kesehatan dapat terjadi karena beberapa faktor yaitu: 1) adanya aduan dan laporan masyarakat, 2) untuk membenarkan organisasi, dan 3) atas usulan atau permintaan tenaga yang bersangkutan. Perpindahan tenaga kesehatan di Kabupaten Buton seringkali terjadi atas usulan atau permintaan tenaga yang bersangkutan. Tempat tugas yang dituju adalah Puskesmas di wilayah perkotaan.

Beberapa penyebab tenaga kesehatan tidak retensi dan ingin pindah ke daerah perkotaan karena ditempat tugas tidak tersedia insentif dan pola pengembangan karir tidak jelas. Alasan lain adalah faktor geografis dan letak Puskesmas sangat jauh dan sebagian besar ditempuh melalui laut, seperti komentar informan berikut.

“....mereka kadang-kadang tidak betah ya karena mungkin jaraknya yang cukup jauh kemudian juga seperti Batu Atas, Talaga, Siompu ini harus menyeberang juga laut, sehingga mereka kadang kadang ya cepat sekali itu pindah ya seperti ini kalau ada dokter PTT ini ya tidak mau lagi memperpanjang kontraknya”. (SD)

Tabel 4. Jumlah Tenaga Tidak Retensi di Puskesmas Sangat Terpencil di Kabupaten Buton Tahun 2004-2006

Tahun	Dokter			Bidan			Perawat		
	Jumlah	Tidak Retensi	Persen	Jumlah	Tidak Retensi	Persen	Jumlah	Tidak Retensi	Persen
2004	12	5	41,67	38	14	36,84	141	29	20,57
2005	8	4	50,00	52	19	36,54	150	36	24,00
2006	7	2	28,57	78	20	25,64	181	29	16,02

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Buton.

Tabel 5 Hubungan Jarak dan Jumlah Tenaga yang Pindah di Puskesmas Sangat Terpencil di Kabupaten Buton Tahun 2006

Jarak	Dokter	Persen	Bidan	Persen	Perawat	Persen	Total	Persen
Dekat	1	50,00%	9	45,00%	9	31,03%	19	37,25%
Jauh	1	50,00%	11	55,00%	20	68,97%	32	62,75%

Sumber : Data Dinas Kesehatan

Semakin jauh jarak Puskesmas, semakin tinggi keinginan pindah. Jumlah tenaga pindah dari Puskesmas yang jauh dari kota yaitu perawat 20 orang (68,97%), bidan 11 orang (55,00%) dan dokter 1 orang (50,00%), sementara Puskesmas yang dekat dengan ibukota kabupaten, jumlah perawat yang pindah adalah perawat 9 orang (31,03%), bidan 9 orang (45,00%), dan tenaga dokter adalah 1 orang (50,00%).

Selain insentif yang tidak tersedia dan faktor geografis, penyebab lain tenaga tidak retensi adalah masalah pengembangan karir. Pengembangan karir bagi pegawai kesehatan di Puskesmas sangat terpencil di Kabupaten Buton saat ini belum ada, masih berupa draf, sementara dalam pembahasan. Adapun pola pengembangan karir yang direncanakan adalah tenaga kesehatan yang telah bertugas di Puskesmas sangat terpencil lebih dari 3 tahun, diberikan kesempatan melanjutkan pendidikan dengan ketentuan setelah selesai, kembali bertugas di Puskesmas sangat terpencil minimal 3 tahun, baru bisa mutasi ketempat lain.

Dari segi keaktifan melaksanakan tugas, beberapa tenaga kesehatan kadang meninggalkan tugas tanpa sepengetahuan kepala Puskesmas sebagai pimpinan kerja di Puskesmas. Bagi tenaga yang meninggalkan tugas diberikan teguran baik lisan maupun tulisan dalam rangka pembinaan:

"Yaa sebagian besar juga petugas yang ada itu ada yang aktif tapi ada juga yang meninggalkan tugas akan tetapi bagi tenaga yang meninggalkan tugas kita lakukan pembinaan baik secara lisan maupun secara tertulis". (KP2).

Kemangkiran petugas dalam melaksanakan tugas karena minimnya supervisi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan. Jalannya supervisi juga tergantung dari kesempatan pejabat di Dinas Kesehatan, serta kadang-kadang sifatnya "dadakan". Supervisi sering dirangkaikan dengan pelaksanaan kegiatan dinas di Puskesmas, ataupun tergantung situasi berat ringannya suatu masalah di lapangan.

"Eeee sebenarnya tidak, kalau yang saya tahu sih teman-teman itu datang bukan bertujuan langsung sebetulnya kira-kira deh kegiatan kegiatan apa beserta apa program dari Dinas lah datang orang orang dinas sekalian meninjau kita kita di sini yaa dirangkaikan kayak gitu tidak ada apa supervisi khusus, sejauh yang saya tahu ya"(D2).

Dalam pelaksanaan supervisi hanya terfokus pada kelengkapan laporan, belum untuk mengetahui permasalahan yang sering dihadapi petugas dan

mencari solusi atau alternatif pemecahannya. Pelaksanaan supervisi biasanya hanya sampai disitu saja belum menunjukkan adanya umpan balik, serta tindak lanjut sebagaimana supervisi yang efektif.

3. Kebijakan penempatan

Kebijakan tenaga dokter, bidan dan perawat di Puskesmas khususnya Puskesmas sangat terpencil di Kabupaten Buton berdasarkan Keputusan Bupati Buton No. 495/2006 tentang Penempatan Calon Pegawai Negeri Sipil Daerah Lingkup Kabupaten Buton dan Keputusan No. 247/2006 tentang Penempatan Tenaga Honorer Daerah Lingkup Kabupaten Buton. Kebijakan penempatan tenaga di Puskesmas sangat terpencil didasarkan atas pertimbangan luas wilayah, kebutuhan tenaga dan ketersediaan tenaga yang ada serta variasi jenis tenaga. Kebijakan tersebut ditunjang dengan sarana penunjang yang memadai seperti rumah dinas dan kendaraan roda dua sehingga dapat meningkatkan motivasi petugas, seperti komentar responden berikut.

"...untuk penempatan tenaga ke sana itu, ya artinya ada perhatian khusus kesana paling tidak ya kita juga berikan fasilitas semacam kendaraan apakah itu kendaraan roda dua untuk membantu tugasnya di sana, kemudian juga prioritas untuk rumah tinggal ya para pegawai kita khususnya tenaga teknis kesehatan ini di daerah daerah itu kita sangat prioritaskan sehingga mereka nanti kalau bertugas di sana itu tidak numpang lagi di rumah penduduk. (SD)

Dalam penempatan tenaga kesehatan di Puskesmas sangat terpencil sering menemui kendala. Faktor geografis merupakan kendala utama karena jarak Puskesmas sangat jauh dan kadang harus ditempuh melalui kendaraan laut, sehingga tenaga yang ditempatkan merasa berat dan penuh pertimbangan untuk ke sana, walaupun terpaksa harus ke sana, mereka tiba di tempat tugas sangat terlambat, kemudian setelah tiba di tempat tugas, belum lama bertugas sudah berusaha untuk minta pindah ke Puskesmas lain, seperti komentar informan berikut.

"Kendala atau hambatan yang sering kita hadapi ialah banyak sekali, misalnya tenaga bidan eee kalau kita tempatkan tenaga bidan kesana mereka sering terlambat ketempat tugas, karena mungkin jaraknya cukup jauh seperti Batu Atas atau Talaga dan Puskesmas yang lainnya. Kemudian mereka sering tidak berada ditempat atau eee sering meninggalkan tugas, dan eee kalau habis masa kontraknya sebagian tidak memperpanjang lagi dan ada juga yang perpanjang tapi mintanya yang agak dekat-dekat" (DK).

Kendala lain dalam penempatan tenaga adalah dari sisi putra daerah setempat, apabila kebutuhan tenaga di daerah sangat terpencil tidak di penuhi oleh orang asli di daerah tersebut, maka kemungkinan untuk pindah sangat besar. Hal ini diperburuk lagi dengan pola pengembangan karir bagi tenaga di Puskesmas sangat terpencil tidak jelas.

"Kalau menurut saya itu, memang harus sepertinya harus anak daerah memang artinya memang dia memang menetap disini artinya tidak ada lagi kemungkinan tidak ada alasan untuk meninggalkan tugas kecuali ada hal hal tertentu. Kalau menurut saya tentang itu saja karena kalau untuk yang lain lainnya sudah, karena fasilitas lainnya semua telah terpenuhi"(B2).

Akibat permasalahan penempatan tenaga tersebut di atas, distribusi tenaga di Puskesmas tidak merata. Puskesmas di wilayah perkotaan kelebihan tenaga sementara Puskesmas sangat terpencil di wilayah kepulauan kekurangan tenaga. Untuk mengatasi kekurangan tenaga di Puskesmas sangat terpencil, menurut salah satu informan:

"bahwa perlu merekrut tenaga kesehatan yang sudah siap pakai seperti dokter, bidan dan perawat yang belum terkafer di PNS sebagai tenaga kontrak. Mereka ini nantinya diberi gaji atau honor melalui APBD untuk dipekerjakan di daerah".

a. Birokrasi Penempatan

Mekanisme penempatan tenaga kesehatan pusat dan daerah terkesan berjalan sendiri-sendiri. Dinas Kesehatan dalam menangani penempatan tenaga Departemen Kesehatan pusat tidak berkoordinasi dengan Badan Kepegawaian Daerah (BKD), demikian pula sebaliknya BKD dalam menempatkan tenaga kesehatan daerah tidak melibatkan Dinas Kesehatan sebagai instansi teknis untuk memberikan pertimbangan. Hal ini menunjukkan sistem koordinasi penempatan tenaga kesehatan sangat jelek. Selain itu, mekanisme penempatan tenaga dari pusat juga dikeluhkan oleh informan karena prosesnya berbelit-belit dan menguras tenaga, serta sangat lama. Hal ini karena untuk ke tempat tugas harus melalui propinsi, kabupaten dan selanjutnya ke tempat tugas.

Dinas kesehatan dalam menempatkan tenaga dokter, bidan dan perawat selalu memprioritaskan Puskesmas sangat terpencil yang kurang diminati, namun pembuatan Surat Keputusan (SK) penempatan merupakan wewenang pemerintah daerah dalam hal ini BKD. Calon pegawai yang telah mendapat SK penempatan melapor ke Dinas Kesehatan, kemudian Dinas Kesehatan menempatkan

kembali sesuai SK yang di buat oleh Pemda. Dinas Kesehatan terpaksa menerima penempatan petugas yang sudah ditetapkan dengan SK Pemda, walau pada kenyataannya SK yang dibuat tidak sesuai dengan usulan Dinas Kesehatan sebelumnya.

Badan Kepegawaian Daerah (BKD) dalam memberikan keputusan tidak independen karena adanya intervensi dan tekanan dari *stakeholders* di daerah yang menginginkan keluarganya ditempatkan di Puskesmas perkotaan. Sebagai contoh adanya memo dari seorang pejabat dalam berkas permohonan calon PNS yang sebelumnya telah dibuatkan SK penempatan ke Puskesmas sangat terpencil, akan tetapi karena adanya memo yang berisi agar tenaga bersangkutan ditempatkan di Puskesmas perkotaan dengan alasan tertentu, seperti komentar berikut.

"Sebenarnya kalau pertimbangan penempatan tenaga kesehatan dilakukan seobyek mungkin, artinya tidak ada kepentingan seseorang di situ, misalnya adanya permintaan seseorang eee agar kemenakan atau saudaranya ditempatkan di Puskesmas yang dekat dengan ibu kota kabupaten, maka jumlah tenaga di daerah terpencil eeee di Puskesmas sangat terpencil itu dapat terpenuhi dan memadai".(KD)

b. Finansial dan Sarana Penunjang

Penempatan tenaga kesehatan di Kabupaten Buton didukung oleh pembiayaan kesehatan berupa gaji dan insentif, serta sarana penunjang seperti rumah dinas beserta perabotnya dan kendaraan roda empat, akan tetapi kebijakan ini hanya berlaku kepada dokter spesialis yang bertugas di RSUD Kabupaten Buton. Untuk tenaga kesehatan di Puskesmas khususnya Puskesmas sangat terpencil perhatian pemerintah daerah baru sebatas sarana penunjang yaitu rumah dinas dan kendaraan dinas. Pemberian insentif berupa honor sebagai tambahan penghasilan sudah masuk dalam rencana APBD tahun 2008. Itupun baru sebatas tenaga dokter. Untuk tenaga kesehatan lainnya akan diupayakan secara bertahap disesuaikan dengan kondisi keuangan daerah.

"Yaa memang aaa sampai saat ini memang belum yaa, hanya sudah kita rencanakan kedepannya. Sekarang kan proses penyusunan anggaran jadi ya ini sudah kita sudah masukkan ke dalam rencana anggaran kita ke depan kita berikan tambahan penghasilan untuk tenaga tenaga tehnis di kesehatan ini tapi untuk tahap awal, mungkin tenaga dokter dulu yang baru kita masukkan ini kedepannya ya bisa saja untuk bidan atau untuk aaa perawat. Itu nanti kita lihat dalam kemampuan keuangan daerah " (SD, DK)

Penyediaan sarana penunjang di Puskesmas sangat terpencil ditanggapi berbeda oleh beberapa informan, bahwa penyediaan sarana penunjang antara Puskesmas sangat terpencil dengan Puskesmas terpencil sama saja. Penyediaan sarana penunjang tersebut bukan merupakan bentuk perhatian pemerintah daerah terhadap Puskesmas sangat terpencil tetapi lebih kearah pemerataan sarana di Puskesmas.

"Sepertinya tidak ada perbedaan, kayaknya sama, kalau dilihat dari gajinya sama semua, aaa kemudian eee fasilitas itu seperti disana ada motor disini juga ada motor, jadi kayaknya sepertinya apa yaa kalau perhatian khusus itu karena kalau pembagian motor baru baru ini saya pikir semuanya juga dapat, maksudnya setiap kecamatan itu ada" (B2, B3)

Komentar di atas direspons oleh informan lain bahwa perhatian pemerintah daerah terhadap Puskesmas sangat terpencil tetap ada khususnya penyediaan sarana penunjang, seperti dalam pembagian kendaraan Puskesmas terpencil tidak semua dapat, akan tetapi khusus Puskesmas sangat terpencil semua mendapatkan.

"Perlakuan khusus, hanya dari segi fasilitas, yang saya dengar, untuk Puskesmas yang terpencil itu kayak gitu mereka aaa ada yang tidak dapat kayak rumah dinas atau kendaraan dinas kalau untuk yang sangat terpencil sejauh yang saya tau semua rata rata dapat". (D2, P1).

Tenaga kesehatan di daerah terpencil sangat mengharap perhatian pemerintah. Bentuk perhatian bukan hanya dalam penyediaan sarana penunjang, akan tetapi yang terpenting adalah insentif karena dapat meningkatkan motivasi untuk bekerja di Puskesmas.

PEMBAHASAN

1. Retensi Tenaga

Puskesmas di Kabupaten Buton kurang diminati oleh tenaga kesehatan karena keterpencilannya. Kecilnya penghasilan yang diterima karena tidak adanya insentif berupa honor sebagai tambahan penghasilan di luar gaji merupakan alasan penting untuk pindah. Insentif sebagai tambahan penghasilan merupakan suatu kebutuhan mendasar bagi tenaga kesehatan di Puskesmas sangat terpencil Kabupaten Buton. Dengan adanya insentif diharapkan dapat memperbesar minat dan motivasi, serta meningkatkan 'daya tahan' sumber daya kesehatan untuk ditempatkan di Puskesmas sangat terpencil.

Keadaan geografis yaitu jarak sangat jauh dan berada di kepulauan juga mengurangi retensi tenaga. Semakin jauh atau semakin sulit lokasi tempat tugas semakin tinggi keinginan pindah. Hasil riset tentang kelangsungan pekerja kesehatan di pedesaan Scotlandia menemukan mereka yang bekerja di pedesaan merasa lebih terisolasi dibanding di kota kecil. Kondisi tempat kerja yang serba terbatas, mengakibatkan ketidakpuasan, sehingga mereka ingin meninggalkan pekerjaannya.³ Keadaan ini diperburuk lagi dengan pola pengembangan karir yang tidak jelas serta tidak ada penghargaan bagi mereka yang bekerja di Puskesmas sangat terpencil dengan medan sulit. Secara logis perpindahan dengan alasan pengembangan karir dapat diterima karena seseorang perlu aktualisasi diri dan mengembangkan karir untuk memperbaiki nasib mereka. Faktor pengembangan diri merupakan alasan penyebab pindah kerja.⁴ Oleh karena itu, pengembangan karir di Puskesmas harus jelas sehingga tenaga di Puskesmas sangat terpencil benar-benar memiliki peluang yang sama untuk merencanakan maupun menempuh karirnya.

Upaya pemerintah daerah menyediakan fasilitas penunjang (rumah dinas dan kendaraan dinas) bagi tenaga dokter, bidan dan perawat dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas ternyata belum mampu meningkatkan retensi (daya tahan) tenaga kesehatan tinggal dan bekerja di Puskesmas sangat terpencil atau dengan kata lain bahwa keinginan pindah tenaga dokter, bidan dan perawat tidak dipengaruhi oleh adanya fasilitas penunjang. Penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Setiawati⁵ yang menemukan karakteristik fasilitas berhubungan dengan *turn over*, semakin baik fasilitas organisasi semakin memperkecil intensi *turn over*, namun perbedaan penelitian ini dapat terjadi karena penyediaan fasilitas kerja telah memadai dan merata di seluruh Puskesmas termasuk Puskesmas sangat terpencil. Tenaga kesehatan di Puskesmas sangat terpencil memandang bahwa fasilitas kerja bukan merupakan hal yang penting dalam kaitannya dengan keinginan pindah atau tetap bertahan.

Perpindahan tenaga kesehatan akan semakin menambah permasalahan baik Puskesmas yang ditinggalkan maupun Puskesmas yang dituju. Puskesmas yang dituju kelebihan tenaga sementara Puskesmas yang ditinggalkan kekurangan tenaga.

Beberapa strategi untuk mengatasi retensi atau daya tahan tenaga kesehatan di Puskesmas sangat terpencil antara lain: 1) pemberian insentif tenaga kesehatan di Puskesmas sangat terpencil secara adil, wajar, dan transparan berdasarkan tingkat kesulitan wilayah tersebut, 2) penempatan tenaga

kesehatan dilakukan dengan pertimbangan putra daerah sehingga mereka diharapkan bisa retensi tinggal dan melaksanakan tugas di Puskesmas sangat terpencil, 3) pengembangan karir petugas kesehatan di Puskesmas sangat terpencil mendapat perhatian serius pemerintah daerah seperti kesempatan melanjutkan pendidikan, kemudahan dalam urusan kepegawaian, penghargaan kepada mereka yang berprestasi dan peluang untuk dipromosikan dalam suatu jabatan tanpa mengabaikan peraturan yang berlaku, 4) alokasi anggaran operasional Puskesmas lebih berpihak kepada Puskesmas sangat terpencil dengan mempertimbangkan kelayakan harga, sehingga pelaksanaan kegiatan berjalan lancar.

Pelaksanaan strategi dilaksanakan secara bertahap disesuaikan dengan kondisi keuangan daerah. Dengan strategi di atas diharapkan dapat meningkatkan motivasi dan meningkatkan retensi tenaga kesehatan untuk tinggal dan melaksanakan tugas di Puskesmas sangat terpencil. Dengan demikian, permasalahan kekurangan tenaga di Puskesmas sangat terpencil dapat teratasi.

2. Kebijakan Penempatan Tenaga

Distribusi tenaga yang tidak merata terjadi pada daerah-daerah tertinggal/terpencil, rawan kerusakan, dan bencana alam serta daerah pemekaran.⁶ Demikian pula di Kabupaten Buton sebagian besar Puskesmas yang dikunjungi khususnya Puskesmas terpencil mengatakan kekurangan tenaga. Rasio tenaga dokter, bidan dan perawat per 100.000 penduduk masih kurang dan di bawah standar nasional. Tenaga kesehatan yang ada lebih banyak terkonsentrasi di daerah perkotaan. Hal ini dimungkinkan Puskesmas perkotaan ekonominya lebih baik dan sangat menjanjikan dibanding Puskesmas sangat terpencil. Faktor ekonomi dan masalah keluarga menyebabkan petugas lebih betah untuk memilih bertugas di kota.⁷

Kesenjangan tenaga kesehatan di Puskesmas sangat terpencil semakin besar karena buruknya koordinasi penempatan tenaga kesehatan dari pusat dan daerah yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dan BKD.⁸ Ciri adanya koordinasi yang berhasil adalah tumbuhnya kesadaran di antara pejabat yang saling kerja sama dan membantu, adanya komunikasi yang saling menguntungkan, tidak terjadi saling melempar tanggung jawab atau mengambil tanggung jawab yang tidak semestinya dan tidak ada ego sektoral.⁹

Menurut hasil wawancara dan pengamatan di lapangan bahwa selama ini kebijakan penempatan

tenaga dilakukan belum dapat memenuhi pemerataan tenaga di Puskesmas sangat terpencil. Kebijakan yang dibuat belum berpihak pada Puskesmas sangat terpencil masih bersifat umum serta berorientasi jangka pendek. Hal ini dapat diketahui dalam perencanaan dan penempatan tenaga kesehatan di Puskesmas sangat terpencil belum mempertimbangkan sisi putra daerah, dukungan pembiayaan terhadap tenaga di Puskesmas sangat terpencil relatif kecil dan ketergantungan dari pemerintah pusat melalui tenaga PTT sangat besar dalam mengatasi kekurangan tenaga.

Beberapa strategi yang dapat ditempuh untuk mengatasi kekurangan tenaga di Puskesmas sangat terpencil di antaranya adalah *contracting out*, baik kontrak secara tim ataupun grup. Di dalam tim atau grup tersebut termasuk didalamnya tenaga dokter, bidan dan perawat. *Contracting out* dalam bidang kesehatan secara umum didefinisikan adalah pembangunan dan pengimplementasian perjanjian yang di setujui oleh satu pihak (pembeli atau kontraktor) yang memberikan kompensasi kepada pihak lain (agen atau *provider*) dalam rangka pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk masyarakat tertentu.¹⁰ *Contracting out* dapat menjawab keterbatasan pemerintah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Di samping itu, dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Pemerintah hanya berfungsi sebagai regulator, pemberi pelayanan dikontrakkan kepada pihak ketiga.

Beberapa alasan mengapa perlu *contracting out* yaitu: 1) dapat memisahkan peran sebagai pembayar dan pembeli dan peran sebagai penyedia pelayanan serta mengaitkan pembayaran dengan kinerja penyedia pelayanan, 2) *contracting out* memaparkan para penyedia pelayanan kepada pasar kompetitif. Struktur pasar memberikan pengaruh besar terhadap perilaku penyedia pelayanan, sehingga menimbulkan tekanan kepada pemberi pelayanan pemerintah maupun swasta untuk meningkatkan kinerja, baik dalam pelayanan maupun harga, 3) mendorong perencanaan yang lebih baik, dipihak pembayar/pembeli pelayanan maupun kontraktor penyedia pelayanan karena dengan *contracting out* baik pemberi kontrak maupun kontraktor memfokuskan kepada pencapaian hasil yang terukur dan obyektif, 4) mengurangi kerepotan pemerintah dalam memberikan pelayanan, sehingga pemerintah dapat lebih memfokuskan kepada peran penting *stewardship* seperti perencanaan, penetapan standar mutu, regulasi dan pembiayaan.¹¹

3. Finansial dan Sarana Penunjang

Penetapan pendapatan tenaga kesehatan strategis seperti dokter, bidan dan perawat dengan standar gaji pegawai negeri, memaksa tenaga kesehatan tersebut mencari pendapatan di luar untuk menambah penghasilan, akibatnya tugas pokok sebagai pegawai negeri di Puskesmas terbengkalai karena sering ditinggalkan demi mengejar tambahan penghasilan yang lebih besar. Beberapa ahli mengatakan bahwa pemberian gaji pokok (*basic salary*) hanya dapat membuat para pekerja merasa aman, namun tidak mampu memberikan motivasi. Insentif dalam bentuk uang (finansial) dan non-uang (non-finansial) termasuk salah satu faktor motivasi ekstrinsik yang dapat meningkatkan kinerja *provider* bidan dalam pelayanan antenatal, akan tetapi pemberian imbalan langsung dengan kinerja.¹² Dalam memberikan pelayanan kepada pasien tidak dapat dihindarkan munculnya insentif keuangan untuk dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Hal ini terjadi pada sistem pembayaran *free for service*, sistem pelayanan ini mengandung pengertian bahwa dokter dibayar berdasarkan tindakan.⁸

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dan sebagai ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat ditingkat kecamatan, sehingga pemerintah daerah memikirkan insentif tenaga tersebut baik insentif finansial maupun non-finansial, besarnya insentif berbeda beda disesuaikan dengan tingkat kesulitan wilayah tersebut dan kinerja seseorang, karena upah atau imbalan yang langsung terkait dengan kinerja dapat memotivasi perbaikan dari kinerja individu karyawan.¹³ Akan tetapi sebaliknya apabila pemberian imbalan tersebut tidak adil, tidak jelas dan transparan, maka dapat menyebabkan rusaknya motivasi kerja atau kinerja seseorang. Jika seseorang telah termotivasi, maka akan berusaha mencapai tujuan organisasi.

Menurut Ayuningtyas² berbagai bentuk alternatif pemberian insentif, baik insentif finansial dan non finansial yang diminati tenaga kesehatan, agar dapat meningkatkan minat dan motivasi kerja di Puskesmas sangat terpencil adalah:

1. Finansial

- Uang: tunjangan bulanan, asuransi jiwa dan tunjangan cuti
- Perumahan: rumah dinas atau disediakan untuk kontrak
- Kendaraan: kendaraan dinas roda dua, roda empat dan kendaraan operasional
- Fasilitas komunikasi: telepon dan Internet
- Fasilitas hiburan: televisi, VCD.

2. Non finansial

- Peluang pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah
- Peluang mengikuti pendidikan dan latihan
- Peluang mendapatkan kenaikan pangkat istimewa untuk PNS
- Peluang diangkat menjadi pegawai negeri sipil atau pegawai tetap
- Peluang peningkatan karir.

3. Kombinasi

Insentif diberikan dalam bentuk kombinasi finansial dan non finansial sebagai yang paling sering digunakan.

Pemilihan bentuk pemberian insentif tersebut di atas disesuaikan dengan karakteristik dan kemampuan keuangan daerah, baik bentuk tunggal maupun kombinasi.

Pada prinsipnya pemberian insentif harus memenuhi kejelasan tujuan dan sasaran, prinsip keadilan dan prinsip kompensasi, dan prinsip kejelasan skala waktu. Bila bentuk insentif (material dan non-material) sesuai dengan kebutuhan atau harapan tenaga kesehatan maka insentif dapat mengeliminir kekurangan pada kondisi geografis, serta dapat meningkatkan minat dan motivasi tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah yang kurang diminati, terpencil atau sangat terpencil. Tentunya dituntut pula komitmen dari pemerintah daerah untuk memberikan dukungan finansial ataupun kepastian hukum agar pola insentif yang akan dibangun dapat diberlakukan dalam mekanisme kompensasi/*reward* dan sanksi secara efektif.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kebijakan penempatan tenaga belum berpihak pada Puskesmas sangat terpencil masih bersifat umum dan berorientasi jangka pendek. Sebagian tenaga kesehatan tidak retensi tinggal dan bekerja di Puskesmas sangat terpencil. Kecilnya penghasilan yang diterima karena tidak adanya insentif merupakan alasan penting untuk pindah, selain faktor geografis, pengembangan karir dan penghargaan yang tidak jelas. Upaya pemerintah daerah dalam penyediaan sarana penunjang berupa rumah dinas dan kendaraan dinas tidak berpengaruh terhadap retensi tenaga di Puskesmas sangat terpencil. Disarankan pemerintah daerah perlunya memikirkan pemberian insentif berupa honor bagi tenaga kesehatan di Puskesmas sangat terpencil secara adil dan wajar. Penempatan tenaga sebaiknya memprioritaskan putra daerah setempat agar dapat memperbesar minat dan motivasi, serta meningkatkan retensi tenaga yang ditempatkan di

Puskesmas sangat terpencil. Untuk mengatasi kekurangan tenaga di Puskesmas sangat terpencil, pemerintah daerah perlu mengambil kebijakan rekrutmen tenaga kesehatan dengan sistem *contracting out*, dengan cara mengontrakkan kepihak ketiga. *Contracting out* dapat menjawab keterbatasan kapasitas pemerintah, sehingga pemerintah dapat lebih memfokuskan kepada peran penting *stewardship* seperti perencanaan, penetapan standar mutu, regulasi dan pembiayaan.

KEPUSTAKAAN

1. Mulyawan. Dampak Kebijakan Desentralisasi pada Perencanaan Kebutuhan Tenaga di Rumah Sakit Tabanan Bali. Tesis S2, KMPK, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2002.
2. Ayuningtyas, D. Sistem Pemberian Insentif yang Berpihak Pada Sumber Daya Manusia di Daerah Terpencil: Studi Kasus Propinsi Lampung, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2006;09(02) Juni:87-93.
3. Ricards, H.M, Farmer, J., Selvaras, S., Sustaining The Rural Primary Health Care Workforce: Survey of Healthcare Professional in The Scottish Highlands, Rural and Remote Health. 2005. Available from: <<http://www.rrh.org.au/published/articles>> Diakses pada 9 Maret 2008.
4. Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujicic, M., Adam, O. and Dal P.M. Migration of Health-care Worker Health Developing Countries: Strategic Approaches to Its Management, Bulletin of The WHO, The International Journal of Public Health, 2004;82(8):595-600, Available from: <<http://www.who.int/buletin/82/8/en/595>> Diakses pada 5 Maret 2008.
5. Setiawati, F.R.T., Analisis Turnover Tenaga Keperawatan Rumah Sakit Santo Yusuf Bandung, Tesis, Program Magister Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2000.
6. Supari S.T., Sistem Tenaga Kesehatan Harus Diperbaiki. 2006. Available from: <<http://www.suarapemabaharuan.com>> Diakses pada 17 Juni 2007.
7. Trisnantoro, L., Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar, Edisi Pertama, Andi, Yogyakarta. 2005.
8. Trisnantoro, L. Desentralisasi Kesehatan Di Indonesia dan Perubahan Fungsi pemerintah : 2001-2003: Apakah Merupakan Periode Uji Coba? Gadjah Mada University Press, Yogyakarta. 2005.
9. Wijono. Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan: Dasar-Dasar Bimbingan, Airlangga University Press, Surabaya. 1997.
10. Liu, X., Hotckiss, R.D., Bose, S., Bitran, R. & Giedion, U. Contracting for Primary Health Services: Evidence on Its Effects and A Framework for Evaluation. 2004. Available from: <<http://www.phrplus.org>> Diakses pada 12 Maret 2008.
11. Murti, B. Contracting Out Pelayanan Kesehatan: Sebuah Alternatif Solusi Keterbatasan Kapasitas Publik, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2006;09(03) September:109-117.
12. Fort, A.L. Factors Affecting the Performance Health Care Provider in Armenia, Journal of Bio Med Central, 2004;2 (8) June:1-11.
13. Dessler. Human Resource Management. Prentic – Hal. Inc. A. Simon & Schuster Company, New Jersey. 1997.