

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/235432818>

Kajian Sumber Daya Manusia Kesehatan di Indonesia

Book · January 2012

DOI: 10.13140/RG.2.1.1440.6804

CITATIONS

2

READS

541

2 authors:



Anna Kurniati

Ministry of Health, Indonesia

14 PUBLICATIONS 19 CITATIONS

SEE PROFILE



Ferry Efendi

Airlangga University

39 PUBLICATIONS 41 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



The DHS Fellows Program 2017 [View project](#)



Bioethics Issues related to Healthcare [View project](#)

All content following this page was uploaded by [Ferry Efendi](#) on 24 March 2016.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

DAFTAR ISI BUKU
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN DI INDONESIA
ANNA KURNIATI, FERRY EFENDI

BAB	TOPIK	Hlm.
	Prakata	i
1	Sumber Daya Manusia Kesehatan	1
	Pendahuluan	1
	Definisi SDM Kesehatan	1
	Dokter	4
	Perawat	6
	Bidan	7
2	Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan	12
	Definisi	12
	Perencanaan SDM Kesehatan	14
	Rekrutmen dan seleksi	20
	Retensi	21
	Monitoring dan Evaluasi	24
	Pendidikan dan Latihan	30
	Aspek legal dan Regulasi	31
	Sejarah Regulasi Dokter	36
	Sejarah Regulasi Perawat	37
	Sejarah Regulasi Bidan	38
3	Tantangan SDM Kesehatan	41
	Pendahuluan	41
	Jumlah Tenaga Kesehatan	41
	Berapa Banyak Yang Kita Butuhkan?	43
	Jenis Tenaga Kesehatan	44
	Mutu Tenaga Kesehatan	46
	Distribusi Tenaga Kesehatan	48

4	Tool SDM Kesehatan	57
	Pendahuluan	57
	Pemetaan Data	58
	Sumber dan Kegunaan	59
	Stok SDM Kesehatan	69
	Distribusi Tenaga Kesehatan	73
	Pendidikan SDM Kesehatan	75
	Klasifikasi Pekerjaan	77
	Kesimpulan	78
5	Studi Kasus SDM Kesehatan	80
	Desentralisasi sebagai peluang meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan di DTPK	81
	Dampak Desentralisasi Terhadap Tenaga Kesehatan	85
	Distribusi Tenaga Kesehatan	88
	Kebijakan Seleksi dan Rekrutmen Tenaga Kesehatan	89
	Kebijakan Retensi dan Penempatan	93
	Daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)	104
	SDM Kesehatan di Wilayah Perbatasan Negara	109
	Pendahuluan	110
	Latar Belakang	111
	Gambaran Studi Kasus	114
	Kalimantan Timur	115
	Nusa Tenggara Timur	117
	Papua	120
	Diskusi	122
	Kesimpulan	124
	Studi Insentif Finansial Pada Dokter Dan Bidan di Daerah Sangat Terpencil	125
	Pendahuluan	126
	Insentif	128
	Kerangka Konseptual	131
	Studi Kasus	132

	Kesimpulan	137
	Rekomendasi	137
	Faktor yang mempengaruhi retensi perawat di DTPK	139
	Latar Belakang	140
	Latar Belakang Pedesaan	143
	Insentif Finansial	144
	Insentif Non-finansial	144
	Kesimpulan	145
	Lampiran 1	150
	Lampiran 2	152
	Lampiran 3	156
6	SDM Kesehatan Global	160
	Skenario SDM Kesehatan Global	161
	Migrasi Tenaga Kesehatan	163
	Kode Praktik Rekrutmen Global	172
	Kotak Referensi Online	175

KAJIAN SDM KESEHATAN DI INDONESIA

**Anna Kurniati
Ferry Efendi**



**Penerbit
Salemba Medika**

Kajian SDM Kesehatan di Indonesia

Anna Kurniati, S.K.M., M.A., Ferry Efendi, S.Kep., Ns., M.Sc.

Editor: Drs. Abdurrachman, M.P.H.

Direktur Penerbitan dan Produksi: Edward Tanujaya

Koordinator Penerbitan dan Produksi: Ariyanto

Senior Editor: Aklia Suslia

Copy Editor: Sally Carolina

Tata Letak: Dedy Juni Asmara

Desain Sampul: mastergrafis



Hak Cipta © 2012, Penerbit Salemba Medika

Jln. Raya Lenteng Agung No. 101

Jagakarsa, Jakarta Selatan 12610

Telp. : (021) 781 8616

Faks. : (021) 781 8486

Website : <http://www.penerbitsalemba.com>

E-mail : info@penerbitsalemba.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (**tujuh**) tahun dan/atau denda paling banyak **Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)**.
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (**lima**) tahun dan/atau denda paling banyak **Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)**.

Pengetahuan medis senantiasa berubah. Oleh karena itu, standar tindakan pencegahan serta perubahan dalam perawatan dan terapi wajib diikuti seiring dengan penelitian dan pengalaman klinis baru yang memperluas pengetahuan. Pembaca disarankan untuk memeriksa informasi terbaru yang disediakan oleh produsen masing-masing obat (yang akan diberikan) untuk memverifikasi dosis, metode, dan interval pemberian yang direkomendasikan serta kontraindikasi. Merupakan tanggung jawab dari praktisi dengan memperhatikan pengalaman dan pengetahuan pasien untuk menentukan dosis dan perawatan terbaik bagi masing-masing pasien. Penerbit maupun penulis tidak bertanggung jawab atas kecelakaan dan/atau kerugian yang dialami seseorang atau sesuatu yang diakibatkan oleh penerbitan buku ini.

Kurniati, Anna

Efendi, Ferry

Kajian SDM Kesehatan di Indonesia/Anna Kurniati, Ferry Efendi

—Jakarta: Salemba Medika, 2012

1 jil., 166 hlm., 15,5 × 24 cm

ISBN 978-602-8570-98-5

1. Kesehatan

2. SDM

I. Judul

II. Anna Kurniati, Ferry Efendi

TENTANG PENULIS



Anna Kurniati, S.K.M., M.A., adalah Kepala Sub-Bidang Pemberdayaan Tenaga Kerja Kesehatan Indonesia di Luar Negeri di Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan. Penulis menyelesaikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga, Surabaya, dan Master of Arts di bidang Kebijakan dan Perencanaan Manajemen Kesehatan dari Leeds University, Inggris. Penulis juga menyelesaikan pendidikan Postgraduate Diploma di bidang Manajemen dan Pelayanan Kesehatan dari Swiss Tropical Institute, Switzerland. Berbagai pelatihan SDM Kesehatan telah diikuti, di antaranya pelatihan SDM Kesehatan dari Royal Tropical Institute, Belanda. Sebagai seorang praktisi, penulis memiliki pengalaman mengelola dan merencanakan SDM Kesehatan baik di tingkat daerah maupun nasional.



Ferry Efendi, S.Kep., Ns., M.Sc., adalah staf pengajar di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan Unair dan Master of Healthcare Administration dari Asia University Taiwan. Penulis mendapatkan kesempatan mendalami bidang SDM Kesehatan di Royal Tropical Institute, Belanda, serta pengalaman mengikuti berbagai konferensi sejenis.



KATA PENGANTAR

Kepala Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI

Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) tahun 2005–2025 dinyatakan bahwa dalam rangka mewujudkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas daya beli dan berdaya saing, maka kesehatan bersama-sama dengan pendidikan dan peningkatan daya beli keluarga/masyarakat adalah tiga pilar utama untuk meningkatkan kualitas SDM dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia. Prospek ke depan pembangunan SDM diarahkan untuk peningkatan kualitas SDM.

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) tahun 2005–2025 dengan visi “Indonesia Sehat 2025” bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Strategi pembangunan kesehatan diarahkan pada pembangunan nasional berwawasan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan daerah, pengembangan upaya dan pembiayaan kesehatan, pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan, serta penanggulangan keadaan darurat kesehatan.

Untuk mendukung pelaksanaan strategi pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan, Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi beberapa masalah pokok dan isu strategis antara lain belum terpenuhinya kebutuhan SDM untuk pembangunan kesehatan, masih kurangnya dukungan sistem informasi untuk perencanaan kebutuhan SDM kesehatan, masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis SDM kesehatan, kurang

meratanya SDM kesehatan utamanya di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan kepulauan dan daerah yang kurang diminati, belum optimalnya mutu tenaga kesehatan serta sumber daya pendukung yang masih terbatas. Namun demikian, untuk keberhasilan pelaksanaan berbagai upaya dalam pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan, tentunya perlu kerja sama yang erat dari seluruh pemangku kepentingan tidak hanya Kementerian Kesehatan saja. Oleh karena itu, kontribusi dari semua pihak untuk mendukung peningkatan SDM kesehatan di Indonesia sangat diharapkan.

Saya sangat menghargai dengan diterbitkannya buku berjudul **Kajian SDM Kesehatan di Indonesia**. Saya kira buku ini bisa menjadi salah satu rujukan bagi pembuat kebijakan, peneliti, akademisi serta *stakeholder* lainnya. Untuk kemajuan pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan di Indonesia saya juga mengharapkan lebih banyak penulis di Indonesia yang dapat berkarya dan menerbitkan buku-buku tentang SDM kesehatan.

Marilah kita bekerja untuk membawa kita kepada impian kita, di tiap-tiap desa, di mana pun memiliki akses terhadap tenaga kesehatan yang kompeten, berkomitmen dan mendukung pembangunan kesehatan.

Jakarta, 24 November 2011
Kepala Badan PPSDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia



dr. Bambang Giatno Rahardjo, M.P.H.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan selalu ke hadirat Allah Swt., sehingga sejak awal hingga akhir penulisan buku ini penulis selalu diberikan berkah dan kemudahan dalam menyajikannya kepada pembaca.

Buku ini kami susun sebagai upaya untuk memberikan gambaran mengenai sumber daya manusia kesehatan di negara kita. Kami percaya bahwa *Health workers, saving lives*. Oleh sebab itu, diperlukan buku acuan khusus tentang SDM kesehatan yang ditujukan pembangunan bidang kesehatan. Tiap tenaga kesehatan menyelamatkan masing-masing jiwa sesuai tugas dan tanggung jawabnya, inilah isu yang patut kita angkat dalam isu pembangunan nasional. Selain itu, minimnya buku yang mengupas tentang seluk beluk SDM kesehatan menggugah kami untuk menuliskannya dalam sebuah buku.

Kami dedikasikan buku ini bagi para tenaga kesehatan yang berjuang di garis depan pelayanan, akademisi dan peneliti di bidang kesehatan, praktisi SDM kesehatan, serta mahasiswa yang mendalami rumpun ilmu kesehatan.

Buku ini terdiri atas 6 bab meliputi Sumber Daya Manusia Kesehatan, Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan, Tantangan SDM Kesehatan, Tool SDM Kesehatan, Studi Kasus SDM Kesehatan, dan SDM Kesehatan Global. Mengingat aktualitas dinamika SDM Kesehatan yang cepat berkembang, maka penulis menyarankan untuk mengunjungi situs tentang SDM Kesehatan yang ada di bagian akhir buku ini.

Tak lupa kami sampaikan terima kasih kepada orang-orang yang selalu menginspirasi kami, keluarga serta anak-anak kami. Ucapan terima kasih khusus kami sampaikan kepada:

1. dr. Bambang Giatno R., M.P.H., selaku Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan Jakarta.
2. drs. Abdurrachman, M.P.H., selaku editor yang bersedia meluangkan waktu untuk melakukan *review* terhadap buku ini.
3. drg. Tritarayati, S.H., selaku Kepala Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Jakarta.
4. dr. H. Kemas M. Akib Aman, Sp.R., MARS selaku Kepala Pusat Intelegensia Kesehatan Kementerian Kesehatan Jakarta.
5. Pemerintah Belanda melalui Netherland Fellowship Program (NFP) dan Stuned yang memfasilitasi kami untuk mendalami SDM Kesehatan di Amsterdam.
6. Rekan-rekan di Pusrengun BPPSDM Kesehatan Jakarta atas dukungannya yang tak ternilai.

Kami menyadari masih banyak kekurangan dalam buku ini. Saran dan komentar para pembaca sangat diharapkan untuk lebih menyempurnakan buku ini pada penerbitan berikutnya.

Desember, 2011

Penulis

DAFTAR ISI

Tentang Penulis	iii
Kata Pengantar—Kepala Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI	v
Prakata	vii
Daftar Isi	ix
Bab 1 Sumber Daya Manusia Kesehatan	1
Pendahuluan.....	1
Definisi SDM Kesehatan	2
Daftar Pustaka	11
Bab 2 Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan	13
Definisi	13
Perencanaan SDM Kesehatan	15
Rekrutmen dan Seleksi	22
Monitoring dan Evaluasi.....	27
Pendidikan dan Latihan.....	30
Aspek Legal dan Regulasi	33
Sejarah Regulasi Dokter	35
Sejarah Regulasi Perawat	38
Sejarah Regulasi Bidan	39
Daftar Pustaka	40

Bab 3	Tantangan Sumber Daya Manusia Kesehatan	43
	Pendahuluan	43
	Jumlah Tenaga Kesehatan.....	43
	Jenis Tenaga Kesehatan.....	47
	Mutu Tenaga Kesehatan.....	49
	Distribusi Tenaga Kesehatan	51
	Daftar Pustaka.....	57
Bab 4	Tool Sumber Daya Manusia Kesehatan	59
	Pendahuluan	59
	Tool 1: Pemetaan/Mapping SDM Kesehatan	60
	Tool 2: Analisis Stok/Ketersediaan SDM Kesehatan	
	Menggunakan International Standard	
	Classification of Occupations (ISCO).....	66
	Pendidikan SDM Kesehatan.....	72
	Kesimpulan	72
	Daftar Pustaka	73
Bab 5	Studi Kasus Sumber Daya Manusia Kesehatan	75
	Studi Kasus I—Desentralisasi Sebagai Peluang	
	Meningkatkan Ketersediaan Tenaga Kesehatan di	
	DTPK	76
	Studi Kasus II—SDM Kesehatan di Wilayah	
	Perbatasan Negara	96
	Studi Kasus III—Studi Insentif Finansial pada Dokter dan	
	Bidan di Daerah Sangat Terpencil	108
	Studi Kasus IV—Faktor yang Memengaruhi Retensi	
	Perawat di DTPK.....	119
	Daftar Pustaka.....	124
Bab 6	Sumber Daya Manusia Kesehatan Global	127
	Skenario SDM Kesehatan Global.....	128
	Migrasi Tenaga Kesehatan.....	129
	Kode Praktik Global Internasional Rekrutmen.....	137
	Daftar Pustaka.....	138
	Lampiran	L-1
	Referensi Online	R-1
	Indeks	I-1

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

2

DEFINISI

Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan merupakan bidang yang relatif baru di negara dunia selatan. Walaupun SDM kesehatan ini memiliki keterkaitan dengan manajemen SDM secara umum, namun terdapat beberapa kompetensi khusus yang diperlukan di dalamnya. Beberapa istilah umum yang sering kita dengar di antaranya “tenaga kesehatan”, “personel kesehatan”, atau “staf puskesmas/rumah sakit” yang merupakan penggerak atau motor utama dalam suatu organisasi atau institusi. Oleh karena itu, wajar jika lebih banyak alokasi budget yang diarahkan pada SDM jika dibandingkan dengan alokasi pada kebutuhan lainnya. SDM dapat menjadi subjek maupun objek dalam organisasi ataupun institusi. Sebagai subjek, SDM terlibat dalam perencanaan, implementasi sampai dengan monitoring-evaluasi. Sementara itu, sebagai sasaran atau objek, manusia berada di dalam suatu sistem yang menjadi target program.

Bidang SDM kesehatan ini juga memerlukan waktu yang cukup lama karena tidak bisa dipersiapkan dalam waktu singkat. Sebagai contoh dalam produksi perawat saja, diperlukan lima tahun untuk memproduksi perawat berjenjang S-1. Tidak seperti sumber daya yang lain, SDM tidak bisa disimpan ataupun tidak digunakan untuk sementara. SDM harus tersedia dengan jumlah dan saat yang tepat. Oleh sebab itu, tantangan terbesar SDM ini adalah perencanaan dan produksi. SDM ini juga unik karena keterampilan yang didapat bisa tidak relevan lagi. Oleh sebab itu, kemampuan dan keterampilan SDM perlu ditingkatkan melalui pengembangan berkelanjutan di antaranya pelatihan dan monitoring evaluasi.

Terdapat banyak sekali definisi dari manajemen SDM, jika merujuk pada Kamus Besar Bahasa Indonesia istilah ini didefinisikan sebagai manajemen yang

menyangkut pengerahan dan seleksi karyawan, uraian tugas, pendidikan, pelatihan, dan pengembangannya, hubungan majikan dengan karyawannya, dan sebagainya (Kemdiknas, 2008). Mathis R.L. dan Jackson J.H. (2008) berpendapat lain, menurutnya manajemen SDM adalah desain sistem manajemen untuk memastikan bahwa bakat manusia digunakan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi. Lehman U. (2010) menyatakan bahwa SDM meliputi pekerjaan, retensi, penggantian, dukungan, dan pengembangan staf.

Pekerjaan yang dimaksud meliputi:

1. analisis kerja;
2. deskripsi kerja;
3. rekrutmen dan seleksi;
4. mengelola catatan staf dan database;
5. distribusi staf.

Retensi dan penggantian meliputi:

1. jenjang karier.
2. promosi.
3. keluhan dan prosedur pemberhentian.
4. kondisi lingkungan tempat kerja.
5. insentif sistem penghargaan.

Dukungan meliputi:

1. mentoring;
2. supervisi;
3. komunikasi dan konsultasi;
4. hubungan majikan-buruh dan perwakilan bersama.

Pengembangan termasuk:

1. review kinerja individu;
2. pelatihan.

Manajemen SDM kesehatan sendiri dapat didefinisikan sebagai penggunaan fungsi-fungsi manajemen dalam mengelola SDM kesehatan. Manajemen SDM kesehatan memiliki keunikan tersendiri, tenaga kesehatan sangatlah besar, beragam dan terdiri atas pekerjaan terpisah yang sering tercermin dari asosiasi profesi tersebut. Ikatan Dokter Indonesia (IDI), misalnya di dalam profesi inipun masih banyak lagi subkelompok spesialis yang berjuang atas nama organisasi profesi, sama halnya dengan profesi lain, terdapat kecenderungan untuk membentuk suatu ikatan atau aliansi. Jumlah dari kelompok-kelompok seminat ini pun diprediksi akan semakin bertambah.

Sejak tahun 2010 Kementerian Kesehatan berusaha mendorong dan mempercepat pembangunan kesehatan melalui *roadmap* reformasi kesehatan masyarakat. Reformasi tersebut telah mengidentifikasi berbagai permasalahan dalam manajemen SDM kesehatan. Permasalahan tersebut di antaranya (Kemkes, 2010):

1. belum terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan baik jumlah maupun jenisnya guna mendukung penyelenggaraan pembangunan/pelayanan kesehatan;
2. kurang meratanya distribusi tenaga kesehatan, utamanya di Daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK);
3. kualitas atau mutu tenaga kesehatan;
4. belum optimalnya pengawasan terhadap tenaga kesehatan asing yang bekerja di Indonesia;
5. kurangnya dukungan manajemen, utamanya dukungan regulasi dalam penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan.

Permasalahan di atas diharapkan dapat terselesaikan dengan adanya intervensi strategis yang dilakukan oleh Kemkes.

Sistem kesehatan di negara-negara berkembang mengalami tantangan yang cukup berat. Hal ini dipertegas oleh studi yang dilakukan oleh Fritzen S.A. (2007), bahwa sistem kesehatan di negara berkembang dihadapkan pada tekanan yang sistemis, yaitu keterbukaan pasar, restrukturisasi pegawai negeri (Jeppsson A., Ostergren P.O., dan Hagstrom B., 2003), desentralisasi (Bossert T.J., Beauvais J.C., 2003; Jeppsson A., 2002), dan meningkatnya kesenjangan sosioekonomi. Poin yang terlihat pada penelitian tersebut adalah perlunya penguatan manajemen SDM kesehatan mengingat tuntutan efektivitas dan efisiensi publik. Mulai dari isu perubahan pasar, restrukturisasi, serta desentralisasi yang kesemuanya memerlukan manajemen yang kuat dan profesional.

Studi lainnya menjelaskan bahwa kemampuan manajemen SDM kesehatan khususnya di negara-negara Asia Tenggara didominasi oleh pencapaian gaya kinerja yang tradisional, birokratik, dan hierarki dengan keterbatasan ahli manajemen (Bandarayanake D., 2000). Kemampuan mengadopsi sistem yang baru serta menciptakan reformasi kesehatan yang berjalan dengan lancar memerlukan praktik manajemen yang baik. Penulis yakin strategi manajemen yang efektif diperlukan untuk mencapai hasil dan layanan kesehatan yang lebih baik lagi.

PERENCANAAN SDM KESEHATAN

Perencanaan tidak terlepas dari aktivitas individu maupun organisasi. Pada organisasi yang berskala besar maupun kecil, perencanaan merupakan hasil dari

perkembangan organisasi tersebut. Semakin besar suatu organisasi, maka semakin kompleks pula tugas perencanaan yang harus dilakukan. Dalam perencanaan, kita dituntut untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat dengan menyediakan alternatif pilihan melalui suatu proses. Setidaknya kita sudah memiliki gambaran arah pengembangan atau target organisasi yang kita ikuti. Setelah itu kita tentukan pilihan tindakan yang akan kita lakukan dengan menyediakan rasional dari masing-masing pilihan tersebut.

Perencanaan di bidang kesehatan menurut Green A. (1999) terbagi menjadi dua yaitu sebagai berikut.

1. Perencanaan aktivitas yang berhubungan dengan pengaturan jadwal dan kerangka kerja yang bisa dimonitor untuk implementasi sebelum suatu aktivitas dilakukan.
2. Perencanaan alokatif yang berhubungan dengan pengambilan keputusan tentang bagaimana seharusnya sumber daya dialokasikan.

Perencanaan alokatif inilah yang sering dipakai di bidang kesehatan dan dibahas kemudian. Green sendiri mendefinisikan perencanaan sebagai metode sistematis yang mencoba untuk mendapatkan tujuan eksplisit masa depan melalui penggunaan sumber daya yang efisien dan sesuai, tersedia saat ini dan di masa mendatang. Komponen penting dari perencanaan tersebut adalah sebagai berikut.

1. Ke mana kita akan pergi? (tujuan).
2. Dengan apa? (sumber daya).
3. Bagaimana? (implementasi yang sesuai dan efisien).
4. Kapan? (masa depan).
5. Tingkat formalisasi (jelas, sistematis, dan sesuai metode) dari proses.

Perencanaan tenaga kesehatan diatur melalui Peraturan Pemerintah (PP) No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam Peraturan Pemerintah ini dinyatakan antara lain bahwa pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi masyarakat. Perencanaan nasional tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan jenis pelayanan yang dibutuhkan, sarana kesehatan, serta jenis dan jumlah yang sesuai. Perencanaan nasional tenaga kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan (Bappenas, 2009).

Metode penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan telah ditetapkan melalui Kepmenkes No. 81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/kota serta rumah sakit, yang juga merupakan turunan dari PP di atas. Metode-metode dasar dalam penyusunan rencana SDM kesehatan di antaranya:

1. Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan keperluan kesehatan (*health need method*). Dalam cara ini dimulai dengan ditetapkannya keperluan (*need*) menurut golongan umur, jenis kelamin, dan lain-lain. Selanjutnya dibuat proyeksi penduduk untuk tahun sasaran menurut kelompok penduduk yang ditetapkan; diperhitungkan keperluan upaya kesehatan untuk tiap-tiap kelompok penduduk pada tahun sasaran.

Misalnya: sasaran kelompok umur 40–60 tahun dengan 5 kali kunjungan per tahun bagi golongan ekonomi atas dan 2 kali kunjungan per tahun bagi golongan ekonomi bawah. Jumlah target penduduk per tahunnya pada kedua populasi sebesar 300.000 dan 900.000. Dari sini kita bisa menghitung kebutuhan kunjungan dari kedua kelompok tersebut. Ekonomi atas memerlukan $5 \times 300.000 = 1.500.000$ kunjungan, sedangkan ekonomi bawah memerlukan $2 \times 900.000 = 1.800.000$ kunjungan. Jika diketahui rata-rata dokter bekerja penuh waktu di unit rawat jalan pelayanan kesehatan adalah 7.500 kunjungan per tahun. Target kunjungan per tahun adalah sebagai berikut.

$(1.500.000 + 1.800.000) : 7.500 = 440$ dokter, sehingga diperlukan dokter sejumlah 440 orang yang bekerja secara penuh.

2. Penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan kebutuhan kesehatan (*Health services demand method*). Dalam cara ini dimulai dengan ditetapkannya kebutuhan (*demand*) upaya atau pelayanan kesehatan untuk kelompok-kelompok penduduk menurut golongan umur, jenis kelamin, tingkat ekonomi, pendidikan, lokasi, dan lain-lainnya. Selanjutnya dibuat proyeksi penduduk untuk tahun sasaran menurut kelompok penduduk yang ditetapkan; diperhitungkan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk tiap-tiap kelompok penduduk tersebut pada tahun sasaran. Selanjutnya untuk memperoleh perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tersebut diperoleh dengan membagi jumlah keseluruhan pelayanan kesehatan pada tahun sasaran dengan kemampuan jenis tenaga tersebut untuk melaksanakan pelayanan kesehatan termaksud pada tahun sasaran.

Contoh: Sasaran adalah kelompok remaja usia 10–15 tahun berjumlah 5 juta yang memerlukan rata-rata kunjungan 2.0 dokter dan 4.0 perawat per tahun. Para remaja ini memerlukan kunjungan 3 juta dokter dan 5 juta kunjungan perawat. Dokter penuh waktu dapat melakukan 4.000 kunjungan per tahun dan perawat sebesar 6.000 kunjungan per tahun. Maka perkiraan tenaga penuh waktu yang dibutuhkan adalah:

Untuk dokter: $3 \text{ juta} : 4.000 = 750$ dokter

Untuk perawat: $5 \text{ juta} : 6.000 = 833$ perawat

3. Penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan sasaran upaya kesehatan yang ditetapkan (*Health Service Targets Method*). Dalam cara ini dimulai

dengan menetapkan berbagai sasaran upaya atau memperoleh perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tertentu diperoleh dengan membagi keseluruhan upaya atau pelayanan kesehatan tahun sasaran dengan kemampuan jenis tenaga tersebut untuk melaksanakan upaya atau pelayanan kesehatan termaksud pada tahun sasaran.

Contoh:

- a. Program: Pelayanan kesehatan puskesmas
 - b. Tujuan program: Meningkatkan pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan puskesmas dengan peran aktif masyarakat.
 - c. Sasaran dari strategi program:
 Sasaran No. 1: Angka kematian bayi diturunkan menjadi 40/1.000 kelahiran hidup.
 Strategi dasar: Pelayanan antenatal kepada ibu hamil.
 Lain-lain sasaran dan strategi dasar perhitungannya juga diperlukan.
 Terhadap sasaran No. 1 dapat dikemukakan:
 - 1) kegiatan kritis/pokok: konsultasi ibu hamil;
 - 2) satuan yang membutuhkan: ibu hamil;
 - 3) kebutuhan di masa mendatang: jumlah ibu hamil pada tahun 2011;
 - 4) frekuensi kegiatan kritis: 3 kali untuk kehamilan normal;
 - 5) beban kerja yang diperlukan: Butir 6× butir 7× waktu menolong;
 - 6) tenaga kesehatan pelaksana: bidan;
 - 7) waktu untuk melaksanakan kegiatan kritis: waktu dalam menit untuk melaksanakan konsultasi.
 - d. Penggunaan waktu tenaga kesehatan di masa mendatang
 Pembagian waktu (%) dalam hari-hari normal:
 - 1) melaksanakan kegiatan kritis: 0,33;
 - 2) melaksanakan kegiatan lain: 0,25;
 - 3) menunggu/kegiatan pribadi: 0,42;
 - e. Beban kerja yang dapat tersedia per hari: jumlah jam kerja di masa mendatang dalam 1 hari × 60 × butir d.
 - f. Hari kerja di masa mendatang per tahun latihan dan lain-lain: 280 dengan telah dikurangi karena sakit.
 - g. Beban kerja yang dapat tersedia per tahun: Butir b × butir f.
 - h. Jumlah tenaga kesehatan yang diperlukan pada tahun 2010: Butir 5 dibagi butir e.
4. Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan rasio terhadap sesuatu Nilai (*Ratio Method*). Pertama-tama ditentukan atau diperkirakan rasio dari tenaga terhadap suatu nilai tertentu, misalnya jumlah penduduk, tempat tidur

rumah sakit, puskesmas, dan lainnya. Selanjutnya nilai tersebut diproyeksikan ke dalam sasaran. Perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tertentu diperoleh dari membagi nilai yang diproyeksikan termasuk dengan rasio yang ditentukan.

Misal: Rasio bidan per populasi di Provinsi A sebesar 1 : 3.000

- proyeksi penduduk/populasi pada tahun target adalah 10 juta.
- rasio pada tahun target yang diinginkan sebesar 1 : 2.000.
- bidan yang diperlukan adalah = $10.000.000 : 2.000 = 5.000$ bidan.

Metode lain yang merupakan pengembangan dari ke-4 model tersebut, adalah sebagai berikut.

1. *Authorized Staffing List* (Daftar Susunan Pegawai atau DSP). DSP ini dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan dengan memperhitungkan beban kerja.
2. *Work Load Indicator Staff Need* (WISN) atau Indikator Kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja sehingga alokasi/relokasi akan lebih mudah dan rasional. Manual dari WISN ini dapat dilihat pada www.who.int/entity/hrh/tools/workload_indicators.pdf.
3. Skenario/proyeksi dari WHO. Metode ini bisa dilakukan dengan membuat proyeksi ke depan mengenai sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit dan puskesmas) atau bisa juga dengan menggunakan proyeksi program pembangunan kesehatan. Dengan pendekatan ini, kita diminta untuk membuat beberapa alternatif/skenario kemungkinan tentang sistem pelayanan kesehatan di masa depan yang mungkin terjadi. Setelah itu membuat berbagai gambaran keadaan masa depan di bidang kesehatan yang mungkin terjadi, kita akan bisa mengetahui kebutuhan SDM kesehatan untuk masing-masing skenario tersebut. Dengan memakai perencanaan skenario, kita akan dapat menunjukkan konsekuensi yang terjadi apabila kita memilih suatu kebijakan atau tindakan. Dengan memahami berbagai skenario yang mungkin terjadi di masa depan, kita akan dapat membuat proyeksi kebutuhan SDM di masa yang akan datang. Manual dari metode skenario ini bisa dilihat di <http://www.who.int/hrh/tools/models.pdf>.
4. Penyusunan kebutuhan tenaga untuk bencana.

Metode pada Tabel 2.1 bisa digunakan di berbagai unit kerja seperti rumah sakit, puskesmas dan lain-lain. Deskripsi lebih lanjut dalam Tabel 2.1 dan Tabel 2.2 diuraikan oleh Abdurachman dkk. (2008) dalam Kajian Kebijakan Distribusi SDM Kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

TABEL 2.1

Metode penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan (Abdurachman dkk., 2008).

Health Need Method	Health Services Demand Method	Health Service Targets Method	Ratio Method
Berdasarkan keperluan kesehatan.	Berdasarkan permintaan kebutuhan kesehatan.	Berdasarkan sasaran upaya kesehatan yang ditetapkan.	Berdasarkan rasio dari tenaga kesehatan terhadap nilai tertentu, misalnya jumlah penduduk, tempat tidur rumah sakit, puskesmas, dan lain-lain.
Ditetapkan keperluan berdasarkan: 1. golongan umur; 2. jenis kelamin; 3. dan lain-lain.	Ditetapkan kebutuhan upaya atau pelayanan kesehatan untuk kelompok-kelompok penduduk menurut golongan umur, jenis kelamin, tingkat ekonomi, lokasi, pendidikan, dan lain-lain.	Menetapkan berbagai sasaran upaya atau memperoleh perkiraan kebutuhan jumlah dan jenis tenaga kesehatan tertentu.	Nilai tersebut diproyeksikan ke dalam sasaran.
Dibuat proyeksi penduduk untuk tahun sasaran menurut kelompok penduduk yang ditetapkan.	Dibuat proyeksi penduduk untuk tahun sasaran menurut kelompok penduduk yang ditetapkan.	Membagi keseluruhan upaya atau pelayanan kesehatan tahun sasaran dengan kemampuan jenis tenaga tersebut untuk melaksanakan upaya atau pelayanan kesehatan termaksud pada tahun sasaran.	Membagi nilai yang diproyeksikan termasuk dengan rasio yang ditentukan.
Diperhitungkan keperluan upaya kesehatan untuk tiap-tiap kelompok penduduk pada tahun sasaran.	Diperhitungkan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk tiap-tiap kelompok penduduk tersebut pada tahun sasaran.		
	Membagi jumlah keseluruhan pelayanan kesehatan pada tahun sasaran dengan kemampuan jenis tenaga tersebut untuk melaksanakan pelayanan kesehatan termaksud pada tahun sasaran.		

TABEL 2.2
Metode perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan tingkat institusi, tingkat wilayah, dan bencana (Abdurachman dkk., 2008).

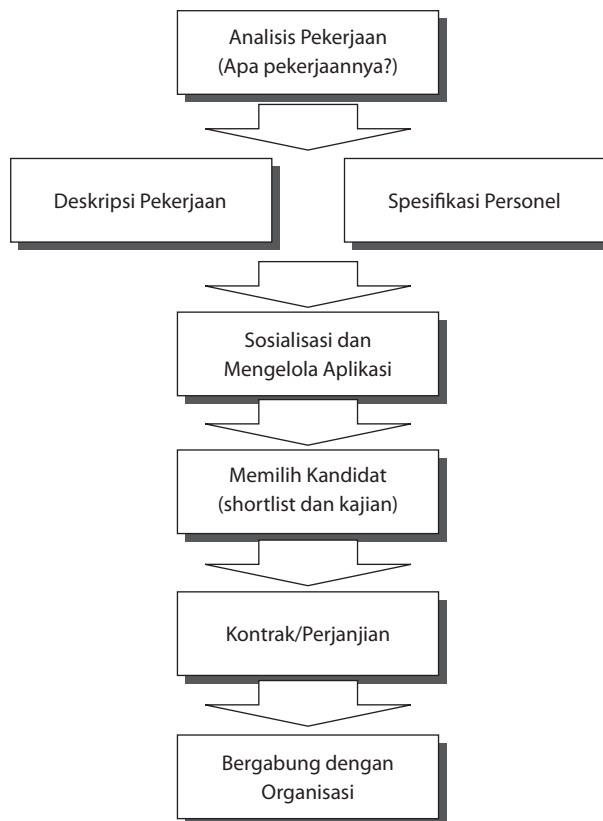
Tingkat Institusi	Tingkat Wilayah	Bencana	
Daftar Susunan Pegawai (DSP).	Work Load Indicator Staff Need.	Tingkat Wilayah (Metode skenario/Proyeksi dari WHO).	Bencana.
Dapat digunakan di berbagai unit kerja, seperti puskesmas, rumah sakit, dan sarana kesehatan lainnya.	Mudah dioperasikan, mudah digunakan, mudah diterapkan, komprehensif, dan realistis.	Menggunakan simulasi komputer dalam bentuk <i>sphread sheet</i> (bentuk excel).	Agak berbeda dengan standar pelayanan kesehatan pada daerah normal. Membentuk brigade siaga bencana besar di tiap provinsi.
Langkah: 1. Menghitung produktivitas puskesmas secara kolektif. 2. Menghitung kebutuhan tenaga berdasarkan: a. output puskesmas. b. Menggunakan <i>time study</i> untuk menghitung kapasitas kerja maupun uraian tugas staf. 3. Menentukan jenis tenaga yang dibutuhkan berdasarkan struktur organisasi puskesmas. 4. Terdapat beberapa model: a. model puskesmas di daerah terpencil; b. puskesmas di perbatasan; c. puskesmas perkotaan; d. puskesmas di daerah tertinggal; e. puskesmas perawatan di daerah kepulauan; f. puskesmas perawatan di daerah strategis.	Langkah: Menetapkan waktu kerja tersedia. Menetapkan unit kerja dalam kategori SDM. Menyusun standar beban kerja. Menyusun standar kelonggaran. Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja.	Membutuhkan: 1. data SDM Kesehatan yang ada dan aktif bekerja di sektor kesehatan; 2. data keadaan penduduk serta proyeksi pertumbuhan penduduk; 3. perkiraan pola penyakit serta pola pelayanan kesehatan; 4. kebijakan, perencanaan, dan arah pembangunan sektor kesehatan; 5. jumlah, jenis, dan distribusi sarana kesehatan; 6. norma atau standar SDM dan produktivitas kerjanya; 7. asumsi tentang interaksi antara sektor pemerintah dan swasta, dalam arti dampak dari perubahan di sektor pemerintah terhadap sektor swasta dan atau sebaliknya.	Memperhatikan: 1. waktu untuk bereaksi yang singkat; 2. kecepatan dan ketepatan dalam bertindak; 3. kondisi penduduk di daerah bencana; 4. ketersediaan fasilitas kesehatan; 5. kemampuan sumber daya setempat.

REKRUTMEN DAN SELEKSI

Rekrutmen dan seleksi adalah bagian tak terpisahkan dari manajemen SDM kesehatan. Melalui proses inilah, institusi mampu mendapatkan SDM terbaik dan kompeten bagi organisasinya. Oleh sebab itu, desain dari mekanisme rekrutmen harus mampu menarik kandidat terbaik untuk mengisi formasi yang tersedia.

The Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) tahun 2009 memiliki panduan dalam melakukan rekrutmen dan seleksi SDM. Panduan yang terdiri atas 6 tahap ini bertujuan untuk mendapatkan *the right person, in the right place, at the right time*. Proses ini krusial sekali mengingat ketidaktepatan dalam tahap ini akan berkontribusi terhadap mutu atau kinerja institusi, juga tingginya pergantian staf.

GAMBAR 2.1
Tahapan utama dalam rekrutmen dan seleksi (CIPD, 2009).



Analisis pekerjaan merupakan langkah pertama yang harus dilakukan dalam melakukan rekrutmen. Tugas, tujuan, serta output yang diharapkan oleh institusi mulai diidentifikasi. Hal ini didapatkan melalui wawancara, observasi, maupun catatan kerja. Analisis yang didapat merupakan dasar menentukan deskripsi pekerjaan dan spesifikasi personel. Manfaat dari deskripsi pekerjaan adalah memberikan informasi bagi potensial aplikasi. Spesifikasi staf memfasilitasi kriteria kandidat yang diinginkan atau keahlian khusus. Spesifikasi seharusnya meliputi keterampilan, sikap, pengetahuan, serta pengalaman. Kualifikasi yang diinginkan dan kualitas personal dapat diakomodasi pada tahap ini. Tahap selanjutnya adalah menarik *interest* aplikasi, di mana dapat dilakukan dengan dua cara yaitu metode internal (aplikan berasal dari dalam organisasi) dan eksternal (aplikan berasal dari luar organisasi). Tahap ini juga dapat dilakukan dengan menggunakan jasa pihak ketiga atau agensi. Pengelolaan proses aplikasi dapat dilakukan melalui daftar riwayat hidup dan formulir aplikasi. Tahap selanjutnya adalah pemilihan kandidat berdasarkan *shortlist* dan kajian yang akan ditawarkan pada aplikasi yang dianggap ideal untuk mengisi pos tersebut. Langkah berikutnya adalah membuat perjanjian antara organisasi dengan kandidat dan memastikan semua kondisi tertuang di dalam surat perjanjian. Tahap terakhir adalah pemberdayaan staf dalam organisasi yang dinaungi.

Dalam konteks nasional, pengadaan tenaga kesehatan dilakukan melalui jalur PNS dan PTT. Sebelum diberlakukan kebijakan PTT daerah, pengadaan tenaga kesehatan dilakukan oleh pusat melalui jalur PTT pusat. Sementara itu, pengangkatan tenaga kesehatan melalui jalur PNS dilakukan sesuai dengan formasi yang didapat (Pusgunakes, 2003). Era desentralisasi membuka kesempatan bagi daerah untuk berperan dalam pengadaan tenaga kesehatan melalui mekanisme yang telah ditentukan. Lain halnya di sektor swasta, pemerintah tidak terlibat dalam pengadaan tenaga kesehatan ini.

Retensi

Get Les Mckeown's (2010) mendefinisikan *retensi* sebagai usaha sistematis oleh majikan untuk menciptakan dan mendorong lingkungan yang membuat pekerja tetap bertahan di tempat mereka sekarang. Isu retensi tidak hanya menjadi permasalahan di negara berkembang, tetapi juga menjadi isu besar di negara-negara maju. Mempertahankan staf terbaik untuk bertahan dalam suatu organisasi maupun daerah menjadi permasalahan yang pelik. Permasalahan ini menjadi semakin kompleks khususnya di Daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Berbagai upaya dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan retensi serta ketersediaan tenaga kesehatan di DTPK dan daerah lain yang kekurangan tenaga kesehatan. Langkah tersebut di antaranya dengan memberikan insentif dan mempendek masa bakti di daerah tersebut.

Retensi bisa berakar dari faktor personal ataupun lingkungan kerja itu sendiri. Intervensi dapat dimulai dari tingkat makro atau sistem kesehatan, seperti misalnya perencanaan dan kebijakan SDM kesehatan, wajib kerja, pendidikan dan latihan, serta kesepakatan yang mengikat. Intervensi juga bisa dimulai pada tingkat mikro, seperti misalnya meningkatkan kepuasan kerja dengan memperbaiki kondisi kerja, memberikan insentif, dan pengembangan karier.

Studi yang dilakukan oleh Dieleman M. dan Harnmeijer J.W. (2005) menunjukkan bahwa terdapat berbagai faktor yang memengaruhi retensi tenaga kesehatan seperti pada Gambar 2.2.

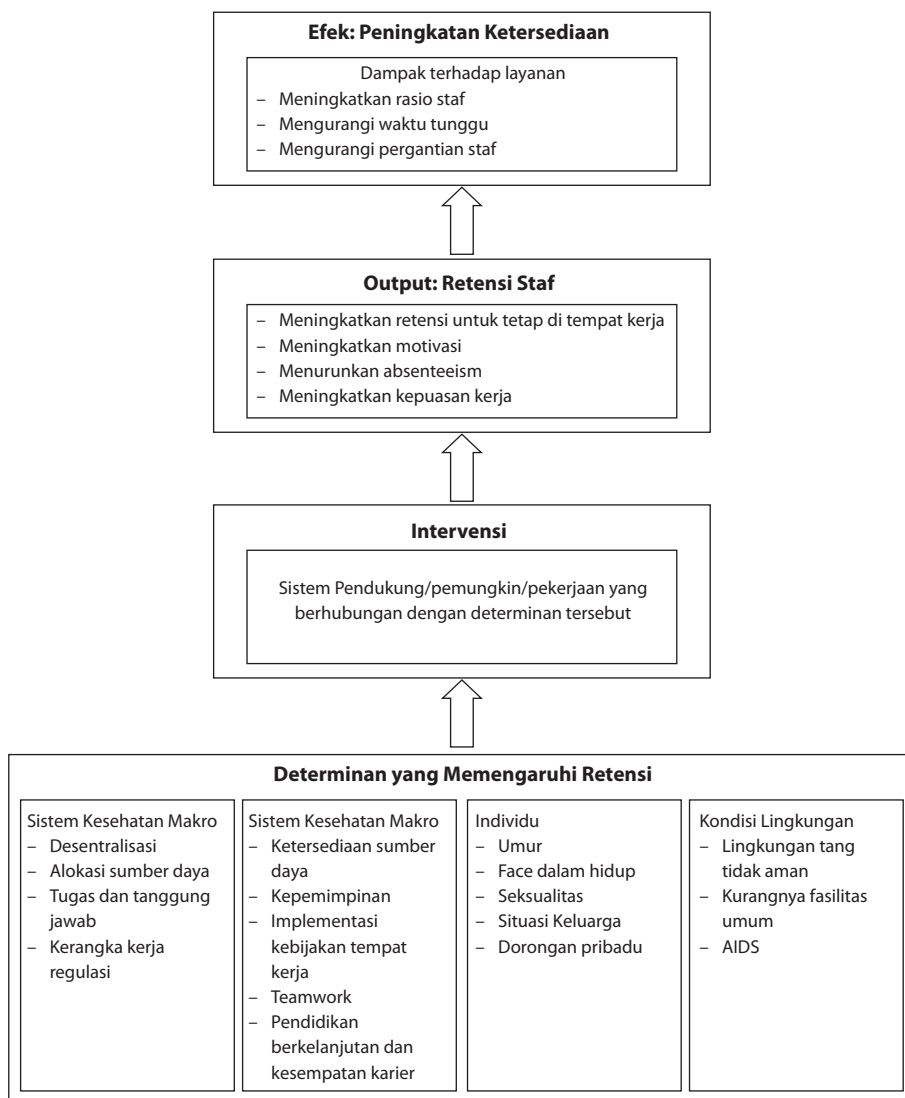
Dieleman M. dan Harnmeijer J.W. melakukan pengelompokan ulang berdasarkan kategori yang diadopsi dari Lehman dkk. (2005) dan Dussault dan Franceschini (2006). Retensi dapat diatasi dengan beberapa cara dan tingkat, baik di tingkat makro, mikro, individu, serta lingkungan kerja.

Pada strategi di tingkat makro, memperbaiki perencanaan, distribusi, dan pemberdayaan SDM kesehatan dapat meningkatkan retensi. Hal ini memerlukan kapasitas di tingkat nasional, kerangka kerja regulasi dan kolaborasi intersektoral baik antara *stakeholder* maupun dengan lembaga donor. Advokasi perlu dilakukan oleh Kementerian Kesehatan bahwa permasalahan ini merupakan permasalahan bersama, karena adanya gangguan pada salah satu tingkat akan memberikan dampak negatif pada minat retensi. Intervensi di atas merupakan rangkuman dari berbagai penelitian yang dilakukan di negara lain. Negara yang sukses dengan penerapan intervensi di bawah, dapat kita jadikan pelajaran dan ditelaah kemungkinan implementasinya di Indonesia. Seperti misal rekrutmen mahasiswa yang berasal dari daerah terpencil berhasil mempertahankan tenaga kesehatan untuk tetap di daerah tersebut (Veitch dkk., 2006; Salafsky dkk., 2005).

Penelitian mengenai SDM kesehatan di Indonesia masih sangat terbatas, sehingga hal ini berpotensi menghambat pengambil kebijakan untuk menentukan intervensi yang tepat terhadap permasalahan yang ada. Studi yang dilakukan oleh Badan Pengembangan dan Perencanaan SDM Kesehatan (2007) menunjukkan bahwa minat untuk retensi dokter spesialis daerah terpencil dan dokter umum/gigi PTT daerah Sangat Terpencil relatif besar, sebaliknya kelompok responden lain minat untuk retensinya relatif kecil (dokter umum/gigi PNS daerah terpencil, dokter umum/gigi PNS daerah sangat terpencil, dokter umum/gigi PTT daerah biasa). Hal tersebut terjadi karena pemberlakuan insentif pada kedua tenaga kesehatan tersebut berdasarkan Permenkes RI No.312/Menkes/PER/IV/2006 relatif lebih besar.

Faktor-faktor lain yang memengaruhi minat dan retensi di suatu lokasi antara lain (BPPSDM, 2007) sebagai berikut.

GAMBAR 2.2.
Kerangka kerja retensi SDM kesehatan (Dieleman M. dan Harnmeijer J.W., 2005).



1. Peluang mendapat penghasilan tambahan dan pengembangan profesionalisme seperti:
 - a. adanya rumah sakit swasta;
 - b. kemampuan ekonomi rata-rata masyarakat;
 - c. kemungkinan berpraktik sore;
 - d. perumahan yang disediakan;
 - e. kemungkinan melanjutkan pendidikan dengan biaya pemerintah;

- f. kemungkinan mengikuti seminar dengan biaya pemerintah;
 - g. kemungkinan mengikuti diklat;
 - h. kemungkinan diangkat menjadi PNS/pegawai tetap.
2. Fasilitas kerja yang tersedia.
 3. Sarana transportasi dan komunikasi yang tersedia.
 4. Sarana hiburan yang tersedia.
 5. Kondisi geografis, iklim, dan jumlah penduduk.
 6. Risiko pekerjaan yang ada.
 7. Peraturan tentang ketenagaan yang ada, misalnya:
 - a. kebijakan pengangkatan, penempatan, dan pemberhentian;
 - b. bentuk ikatan kerja: PNS, PTT, honorer, tenaga kontrak;
 - c. penggajian;
 - d. tunjangan-tunjangan;
 - e. hak pegawai: pendidikan, cuti, asuransi;
 - f. kewajiban pegawai.
 8. Kemampuan keuangan dan fasilitas yang dimiliki Pemda, seperti:
 - a. besar Pendapatan Asli Daerah (PAD);
 - b. besar dan atau persentase alokasi anggaran kesehatan;
 - c. kemungkinan penambahan alokasi anggaran kesehatan;
 - d. upaya terobosan yang mungkin dilakukan untuk meningkatkan anggaran kesehatan;
 - e. aset perumahan;
 - f. fasilitas yang dimiliki daerah yang mungkin digunakan sebagai insentif.

TABEL 2.3

Intervensi untuk meningkatkan retensi (Dieleman M. dan Harnmeijer J.W., 2005).

Tingkat	Intervensi
Tingkat makro: sistem kesehatan	Perencanaan, distribusi, dan penggunaan <i>Skills mix</i> Rekrutmen dari daerah terpencil Mengadopsi kurikulum dan pelatihan ke daerah tertinggal Non-finansial dan finansial insentif/sistem kontrak
Tingkat mikro: fasilitas kesehatan	Meningkatkan kepuasan kerja Memperbaiki sarana prasarana kerja Memperbaiki manajemen SDM dan kerja tim Menyediakan insentif finansial dan non-finansial dari daerah
Tingkat individu: SDM Kesehatan	Memperbaiki kondisi kerja Memberikan rasa aman Strategi sensitif gender Strategi yang ditujukan pada kelompok umur spesifik

MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan evaluasi memegang peranan penting dalam manajemen SDM kesehatan. Disadari atau tidak, kelemahan umum yang ditemukan dalam sistem SDM Kesehatan adalah kurangnya informasi atau data untuk monitoring dan evaluasi. Oleh sebab itu, WHO pada tahun 2009 mengeluarkan panduan monitoring dan evaluasi SDM kesehatan. Monitoring sendiri didefinisikan sebagai proses berkelanjutan dari mendapatkan informasi dan menggunakan informasi terstandar untuk mengkaji kemajuan terhadap tujuan yang diinginkan, sumber yang digunakan dan pencapaian dari *outcome* dan dampaknya. Evaluasi diartikan sebagai pengkajian sistematis dan objektif dari kegiatan yang tengah berlangsung atau selesai (WHO, 2009).

Kinerja yang buruk sebagai akibat dari sedikitnya staf atau staf tidak memberikan layanan berdasarkan standar dapat berdampak pada tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat dan pasien. Untuk memastikan kinerja yang unggul, maka diperlukan suatu sistem monitoring dan evaluasi. Monitoring dan evaluasi kinerja staf memerlukan kesepakatan terhadap beberapa komponen dan indikator. Sementara itu, di tingkat nasional, hal ini memerlukan kesepakatan indikator antara pemerintah pusat dan daerah. Idealnya, indikator yang dituangkan memiliki karakter SMART yaitu:

Spesific: mengukur dengan tepat hasil yang diharapkan

Measureable: hasil dapat diikuti perkembangannya

Attainable: hasil dapat dibandingkan terhadap realistis target

Relevant: sesuai dengan hasil yang diharapkan

Timebound: memiliki target waktu.

Monitoring dan evaluasi ini merupakan suatu siklus yang siklik atau berkelanjutan. Siklus ini tidak boleh terputus untuk memastikan perkembangan dari kegiatan atau program yang dilakukan. Jika didapatkan adanya suatu permasalahan, maka hal ini dapat disarankan untuk diselesaikan pada siklus berikutnya sesuai dengan Gambar 2.3.

Prinsip dasar yang perlu diketahui dalam melakukan analisis indikator inti adalah mengetahui berapa banyak orang yang bekerja di bidang kesehatan, karakteristik beserta distribusinya. Hal ini biasa disebut dengan pemetaan atau mapping. Mengetahui keterampilan serta keahlian dari SDM kesehatan yang tersedia dapat membantu kita mengkaji permasalahan mendasar yang berada dibaliknya. Begitu juga identifikasi dari SDM kesehatan yang berada di institusi pemerintah dan institusi swasta. Hal ini bisa membantu mengetahui penggunaan layanan kesehatan oleh masyarakat beserta profil sosio ekonomi klien.

TABEL 2.4
Indikator kunci untuk monitoring dan evaluasi SDM kesehatan (WHO, 2009).

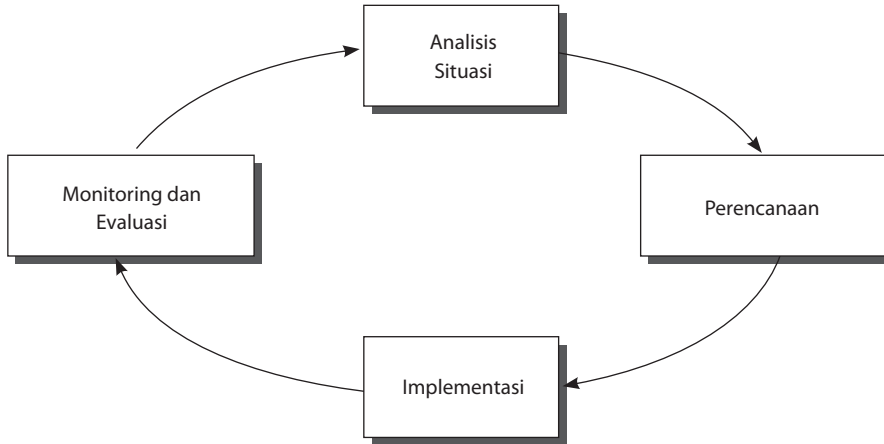
Indikator	Keterangan	Numerator	Denominator	Pengukuran
Indikator dasar ketersediaan SDM kesehatan dan distribusinya				
Ketersediaan SDM kesehatan	Jumlah total SDM Kesehatan	Jumlah total SDM Kesehatan Nasional	Jumlah penduduk	Diukur berdasarkan pekerjaan misal dokter, perawat, dan lain-lain.
Skills mix	Distribusi SDM kesehatan dengan pekerjaan, spesialisasi, atau keterampilan lainnya.	Jumlah dokter, perawat, dan bidan.	Jumlah total tenaga kesehatan.	Klasifikasi pekerjaan.
Distribusi geografis	Distribusi SDM Kesehatan berdasarkan lokasi geografis.	Jumlah tenaga kesehatan di daerah terpencil, perkotaan, atau per wilayah.	Jumlah total tenaga kesehatan.	Definisi daerah terpencil atau daerah administratif lainnya.
Distribusi umur	Distribusi SDM Kesehatan berdasarkan umur.	Jumlah tenaga kesehatan berdasarkan kelompok umur.	Jumlah total tenaga kesehatan.	
Distribusi jenis kelamin	Distribusi SDM Kesehatan berdasarkan jenis kelamin.	Jumlah tenaga kesehatan laki-laki dan perempuan.	Jumlah total tenaga kesehatan.	
Indikator kegiatan SDM kesehatan				
Tingkat aktivitas	Proporsi SDM kesehatan yang aktif sekarang.	Jumlah SDM aktif yang terkait bidang kesehatan.	Jumlah total kelompok umur SDM aktif yang terkait bidang kesehatan.	Klasifikasi pendidikan/ pekerjaan seperti juga rentang usia untuk kelayakan SDM.
Angka pengangguran/ pekerjaan	Proporsi SDM yang sekarang bekerja atau tidak bekerja.	Jumlah SDM yang terkait bidang kesehatan yang sekarang bekerja atau tidak bekerja.	Jumlah total kelompok umur SDM aktif yang terkait bidang kesehatan.	Definisi dari partisipasi tenaga kerja dan status pekerjaan.
Sektor industri	Distribusi tenaga kerja berdasarkan aktivitas industri.	Jumlah SDM yang bekerja di industri layanan kesehatan.	Jumlah total SDM yang sekarang bekerja.	Klasifikasi industri.
Sektor institusi	Distribusi tenaga kesehatan berdasarkan aktivitas sektor.	Jumlah tenaga kesehatan yang bekerja di sektor publik atau swasta.	Jumlah total SDM kesehatan.	Definisi dari otoritas kegiatan dari tempat kerja.

(bersambung)

(lanjutan)

Indikator	Keterangan	Numerator	Denominator	Pengukuran
Pekerjaan ganda	Porporasi SDM kesehatan yang bekerja >1 lokasi.	Jumlah tenaga kesehatan yang sekarang bekerja di >1 lokasi.	Jumlah total tenaga kesehatan.	
Gaji yang didapat	Pendapatan pekerjaan rata-rata dan gaji di antara tenaga kesehatan.	Pendapatan total dari tenaga kerja selama periode tertentu.	Jumlah total tenaga kesehatan.	Perbedaan antara pendapatan bersih/kotor, sumber-sumber pendapatan.
Indikator produktivitas SDM kesehatan				
<i>Absenteeism</i>	Hari tidak masuk kerja di antara tenaga kesehatan.	Jumlah hari dari pekerja absen selama periode tertentu di tempat kerja.	Jumlah total jadwal kerja di antara pekerja selama periode yang sama di tempat yang sama.	Batasan dan pelaporan penyebab absenteeism.
Produktivitas provider	Jumlah relatif dari tugas spesifik dilakukan di antara tenaga kesehatan.	Tugas khusus dilakukan selama periode tertentu.	Jumlah total tugas spesifik dilakukan selama periode yang sama.	Batasan tugas dari segi kuantitas/ kualitas.
Indikator input dan output				
Rasio generasi tenaga kerja	Rasio input tenaga kesehatan.	Jumlah lulusan institusi pendidikan profesi kesehatan tahun sebelumnya.	Jumlah total tenaga kesehatan.	Klasifikasi pendidikan seperti juga proses lisensi profesional/ penempatan lulusan baru.
Kecukupan SDM kesehatan nasional	Proporsi secara nasional tenaga kesehatan terlatih.	Jumlah tenaga kesehatan yang mendapatkan pelatihan profesional.	Jumlah total tenaga kesehatan terlatih di negara yang sama.	Klasifikasi pendidikan/ pekerjaan di negara asal dan negara penerima untuk pekerja asing berpendidikan.
Rasio kehilangan tenaga kerja.	Rasio keluarnya tenaga kesehatan.	Jumlah tenaga kerja yang meninggalkan angkatan kerja aktif tahun sebelumnya.	Jumlah total tenaga kesehatan.	Batasan dan pelaporan alasan keluarnya.

GAMBAR 2.3
Siklus pengembangan SDM kesehatan (WHO, 2008).



Untuk mendapatkan informasi di atas, maka diperlukan suatu data atau informasi yang valid dan bisa dipercaya. Kebijakan dan program di sektor kesehatan seharusnya didasarkan pada informasi yang periodik, dapat dipercaya, dan data yang sah. Meskipun realita menunjukkan bahwa statistik mengenai tenaga kesehatan masih jarang, adanya sumber yang beragam dapat diolah untuk menghasilkan informasi yang relevan, misalnya survei tenaga kerja atau sensus penduduk, gambaran fasilitas, registrasi profesi, dan catatan instansi pemerintah (WHO, 2009).

Berbeda dengan metode di atas, monitoring dan evaluasi juga bisa dilakukan untuk menilai kinerja pada level individu. Laporan WHO (2006) menyatakan bahwa kinerja merupakan kombinasi dari staf yang mencukupi, kompeten, produktif, dan responsif. Beberapa indikator yang bisa diukur dapat dilihat pada Tabel 2.5 (WHO, 2006; Buchan, 2005; Hornby & Forte, 2002).

Peningkatan kinerja dinilai dengan melihat ketersediaan staf, kompetensi, produktivitas, dan *responsiveness*. Pada semua tingkat tersebut, terdapat pelajaran yang bisa dianalisis oleh pengambil kebijakan, perencana dan manajer untuk diaplikasikan pada permasalahan yang sedang dihadapi. Harapannya bisa di konsep dan diaplikasikan sistem monitoring dan evaluasi yang adil, berimbang, serta berkelanjutan.

PENDIDIKAN DAN LATIHAN

Sumber daya manusia dalam suatu organisasi sangat berperan penting, terutama di bidang kesehatan, karena mutu pelayanan terhadap publik sangat ditentukan oleh SDM yang bekerja di dalamnya. Untuk dapat meningkatkan pelayanan, tentunya

TABEL 2.5

Indikator kinerja tenaga kesehatan (WHO, 2006; Buchan, 2005; Hornby & Forte, 2002).

Faktor-faktor	Contoh Indikator
<i>Outcome</i>	
Kinerja	Gabungan dari keempat elemen pada aspek efek. Perbaikan pada empat elemen ini mengindikasikan kinerja yang baik.
Efek	
Ketersediaan	Waktu tunggu Rasio staf Overtime Pergantian staf Kehadiran
Produktivitas	<i>Occupancy rate</i> Kunjungan ke rumah klien Intervensi yang diberikan per orang atau fasilitas
Kompetensi	Praktik dalam memberikan resep Kedisiplinan pada protokol dalam diagnosis dan komunikasi dengan pasien
Responsiveness	Kepuasan klien Infeksi silang dan angka hospitalisasi ulang <i>Case fatality rate</i> Layanan proaktif lainnya (angka dekubitus)
Output	
Retensi	Pos yang tersedia Pos yang terisi Lama kerja
Kehadiran	Kehadiran tenaga kesehatan, <i>overtime</i>
Akuntabel	Tingkat responsifitas Kedisiplinan terhadap peraturan dan Standard Operasional Prosedur
Keterampilan dan pengetahuan	Tingkat keterampilan, pengetahuan dan praktik
Motivasi dan kepuasan kerja	Tingkat kepuasan kerja Tingkat motivasi staf
Kondisi kerja	Ketersediaan infrastruktur, obat dan suplai yang cukup Prosedur komunikasi Proses pengambilan keputusan

diperlukan suatu pengembangan bagi SDM-nya. Pengembangan SDM merupakan upaya manajemen yang terencana dan dilakukan secara berkesinambungan untuk meningkatkan kompetensi pekerja dan unjuk kerja organisasi melalui program pelatihan, pendidikan, dan pengembangan.

Pelatihan (*training*) meliputi aktivitas-aktivitas yang berfungsi meningkatkan unjuk kerja seseorang dalam pekerjaan yang sedang dijalani atau yang terkait dengan pekerjaannya saat ini. Sementara itu pendidikan (*education*) mencakup kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan untuk meningkatkan kompetensi