

Pertemuan 4

MASALAH KESEHATAN DI INDONESIA

Pendahuluan

Modul pertemuan ini berisi tentang masalah kesehatan yang ada di Indonesia. Selain itu, akan dibahas pula tentang masalah tenaga kesehatan khusus perekam medis dan informasi kesehatan.

Pada modul ini diharapkan mahasiswa mampu menguraikan masalah-masalah tenaga kesehatan yang ada di Indonesia.

Selain itu, secara khusus mahasiswa mampu untuk:

1. menjelaskan masalah tenaga kesehatan
2. menjelaskan pemecahan masalah tenaga kesehatan di Indonesia

Topik 1

Masalah Kesehatan di Indonesia

Menurut WHO (2011), terdapat beberapa isu permasalahan pada Sumber Daya Manusia Kesehatan di Indonesia yaitu:

1. Pengembangan tenaga kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan untuk pelayanan/pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan terus membaik dalam jumlah, kualitas dan penyebarannya, namun masih belum mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah terutama pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan. Mutu tenaga kesehatan belum memiliki daya saing dalam memenuhi permintaan tenaga kesehatan dari luar negeri.
2. Regulasi untuk mendukung upaya pengembangan tenaga kesehatan masih terbatas. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masih perlu ditingkatkan dan belum didukung dengan sistem informasi tenaga kesehatan yang memadai. Rencana kebutuhan tenaga kesehatan yang menyeluruh belum disusun sesuai yang diharapkan, sehingga belum sepenuhnya dapat dipergunakan sebagai acuan dalam pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.
3. Masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan/pendidikan berbagai jenis tenaga kesehatan. Kajian jenis tenaga kesehatan yang dibutuhkan tersebut belum dilakukan sebagaimana mestinya. Kualitas hasil pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan pada umumnya masih kurang memadai. Masih banyak institusi pendidikan tenaga kesehatan yang belum terakreditasi dan memenuhi standard. Hal ini akan berdampak terhadap kompetensi dan kualitas lulusan tenaga kesehatan. Permasalahan pendidikan tenaga kesehatan pada umumnya bersifat sistemik, antara lain terdapat ketidaksesuaian kompetensi lulusan pendidikan dengan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat, lemahnya kerjasama antara pelaku dalam pembangunan kesehatan dan pendidikan tenaga kesehatan, lebih dominannya pendidikan tenaga kesehatan yang berorientasi ke Rumah Sakit dibandingkan dengan Primary Health Care.
4. Dalam pendayagunaan tenaga kesehatan, pemerataan dan pemanfaatan tenaga kesehatan yang berkualitas masih kurang, utamanya di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan, kepulauan dan daerah yang kurang diminati. Hal ini disebabkan oleh disparitas sosial ekonomi, budaya maupun kebijakan pemerintah daerah termasuk kondisi geografis antar daerah mengurangi minat tenaga kesehatan untuk ditempatkan di daerah tersebut. Selain itu pengembangan dan pelaksanaan pola pengembangan karir, sistem penghargaan dan sanksi belum dilaksanakan sesuai yang diharapkan. Pengembangan profesi yang berkelanjutan (Continue Professional Development/CPD), serta Training Need Assesment (TNA) masih perlu dikembangkan.
5. Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan masih belum dapat dilaksanakan sebagaimana yang diharapkan. Registrasi dan sertifikasi tenaga kesehatan masih terbatas pada tenaga dokter dan dokter gigi. Sosialisasi dan penerapan peraturan perundang-perundangan di bidang pengembangan tenaga kesehatan belum dilaksanakan secara memadai.
6. Sumber daya pendukung pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan masih terbatas. Sistem informasi tenaga kesehatan belum sepenuhnya dapat menyediakan data yang akurat, terpercaya dan tepat waktu. Dukungan sumber daya pembiayaan dan lain-lain sumber daya belum memadai.

Sedangkan menurut Kementerian Kesehatan RI (2009), terdapat permasalahan strategis Sumber Daya Manusia kesehatan yang dihadapi saat ini dan ke depan yaitu sebagai berikut:

1. Pengembangan dan pemberdayaan Sumber Daya Manusia kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan Sumber Daya Manusia untuk pembangunan kesehatan.
2. Perencanaan kebijakan dan program Sumber Daya Manusia kesehatan masih lemah dan belum didukung sistem informasi Sumber Daya Manusia kesehatan yang memadai.
3. Masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis Sumber Daya Manusia kesehatan. Kualitas hasil pendidikan Sumber Daya Manusia kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum memadai.
4. Dalam pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan , pemerataan Sumber Daya Manusia Kesehatan berkualitas masih kurang. Pengembangan karir, sistem penghargaan dan sanksi belum sebagaimana mestinya. Regulasi untuk mendukung Sumber Daya Manusia kesehatan masih terbatas.
5. Pembinaan dan pengawasan Sumber Daya Manusia kesehatan dan dukungan Sumber Daya Manusia kesehatan masih kurang.
6. Permasalahan Sumber Daya Manusia Kesehatan tingkat Global

Berdasarkan hasil Global Health Workforce Alliance (GHWA) Conference, 2014, permasalahan Sumber Daya Manusia Kesehatan di tingkat global, diidentifikasi terdiri atas:

1. Ketersediaan,
2. Jenis,
3. Kualitas,
4. Distribusi

Topik 2

Diagram Tulang Ikan (*Fishbone Diagram*)

Fishbone Diagram (dikenal juga dengan sebutan the Cause and Effect Diagram atau Ishikawa Diagram) diperkenalkan pertama kali oleh pencetusnya yaitu Kaoru Ishikawa (1915-1989), seorang warga negara Jepang. Menurut Kang dan Kvam (2011) Fishbone Diagram adalah an illustration that is used to explore potential or real causes of quality problem. Ishikawa (dalam Juran, 1999) menambahkan bahwa Diagram Fishbone adalah *to organise and display the interrelationships of various theories of root cause of a problem*. Sedangkan Doty (1996) memaparkan bahwa Diagram Fishbone adalah *just a group of causes and effects diagrammed to show the interrelationship*.

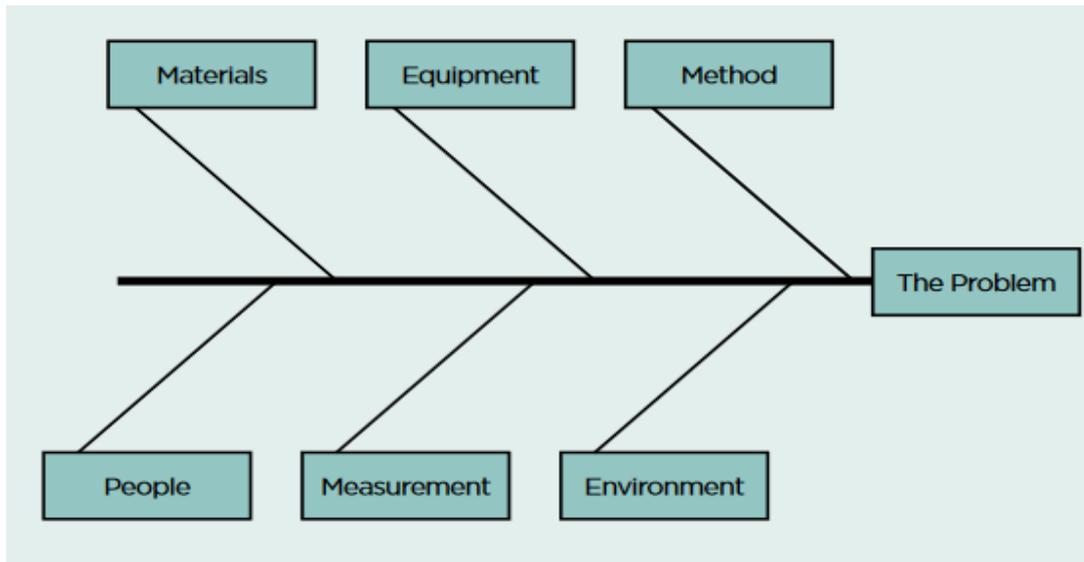
Ada beberapa fungsi dasar dari Fishbone Diagram yaitu:

- 1) mengkategorikan berbagai sebab potensial dari suatu masalah atau pokok persoalan dengan cara yang rapi;
- 2) menganalisis tentang apa yang sesungguhnya terjadi dalam suatu proses;
- 3) mengajarkan kepada tim dan individu tentang proses serta prosedur saat ini atau yang baru (Chang dan Niedzwiecki dalam Nurson, 1993)

Langkah-langkah yang diperlukan untuk membuat Cause and Effect Diagram:

1. Berikanlah Judul, Tanggal, Nama Produk, Nama Proses dan daftar nama Partisipan
2. Tentukan Pernyataan Permasalahan yang akan diselesaikan
3. Gambarkan Kepala Ikan sebagai tempat untuk menuliskan Akibat (Effect)
4. Tuliskan Pernyataan permasalahan tersebut di kepala Ikan sebagai Akibat (effect) dari penyebab-penyebab.
5. Gambarkan Tulang Belakang Ikan dan Tulang-tulang Besar Ikan
6. Tuliskan Faktor-faktor penyebab utama yang mempengaruhi kualitas di Tulang Besar Ikan. Pada Umumnya Faktor-faktor penyebab utama di Produksi itu terdiri dari 5M +1E yaitu :
 - a. Man, Semua yang terlibat dalam proses produksi
 - b. Methods, Bagaimana proses dilakukan, Kegiatan spesifik dari proses itu, seperti prosedur, peraturan dll.
 - c. Material, Semua bahan baku yang diperlukan untuk menjalankan proses
 - d. Machine, Mesin yang digunakan untuk dalam menghasilkan produk atau jasa
 - e. Measurement, Pengambilan data dari proses yang dipakai untuk menentukan kualitas produksi
 - f. Environment, Kondisi di sekitar perusahaan/pabrik seperti suhu udara, tingkat kebisingan, kelembaban udara.
7. Tuliskan penyebab-penyebab sekunder berdasarkan kategori Faktor penyebab Utama dan tuliskan di Tulang-tulang yang berukuran sedang
8. Tuliskan lagi penyebab-penyebab yang lebih details yang mempengaruhi penyebab sekunder kemudian gambarkan tulang-tulang yang berukuran lebih kecil lagi.
9. Tentukanlah faktor-faktor penyebab tersebut yang memang memiliki pengaruh nyata terhadap Kualitas kemudian berikanlah tanda di faktor-faktor penyebab tersebut.

Visualisasi diagram sebab akibat adalah sebagai berikut:



Gambar 1 Diagram Tulang Ikan

Contoh penggunaan diagram sebab akibat:

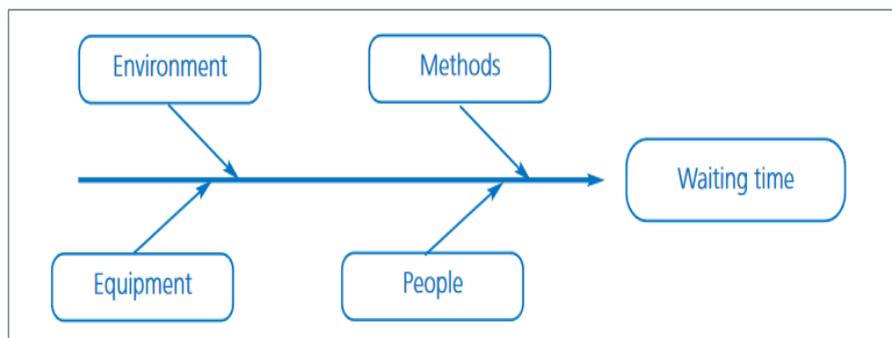
1. Menemukan permasalahan utama

Contohnya adalah ada masalah dalam waktu tunggu pelayanan

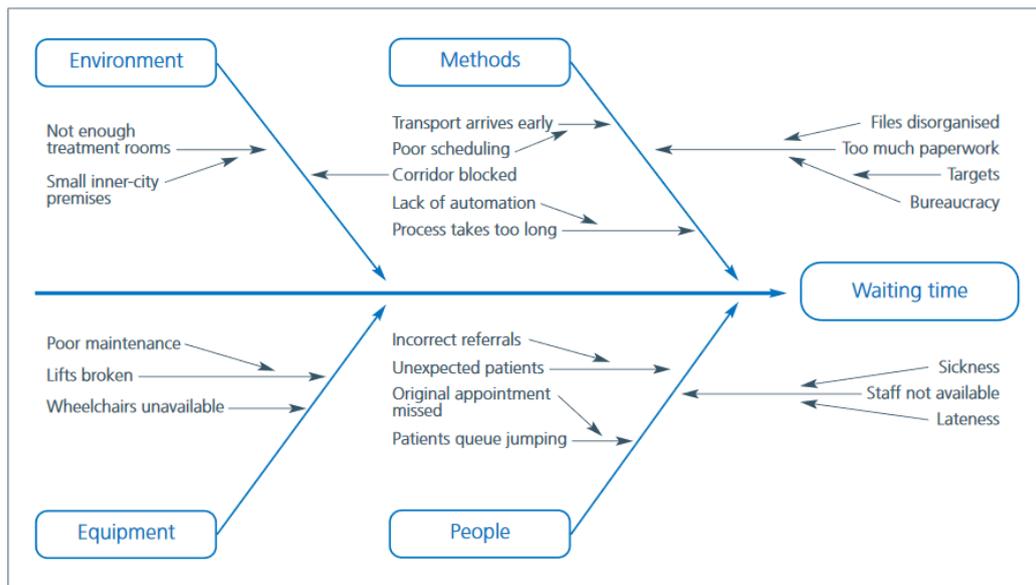


2. Menemukan faktor-faktor utama

Identifikasi faktor-faktor utama yang memungkinkan terjadinya permasalahan utama



3. Buat penyebab-penyebab yang memungkinkan terjadi faktor utama



Di bawah ini terdapat jurnal terkait masalah kesehatan pada sumber daya kesehatan di Indonesia, Silahkan baca dan pahami kemudian buat diagram tulang ikan dari permasalahan tersebut sebagai tugas!

Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional di Delapan Kabupaten-Kota di Indonesia

Accessed from

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwie3LeckgrbAhVWWX0KHWmBDIoQFghOMAM&url=http%3A%2F%2Fjournal.litbang.depkes.go.id%2Findex.php%2FMPK%2Farticle%2Fdownload%2F4827%2F4644&usq=AOvVaw1VahT2fWi70UYArwRfTo6D>

Availability of Human Resources for Health in Health Facilities in the Era of National Health Insurance in Eight Districts-Cities in Indonesia

Mujiati* dan Yuyun Yuniar

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Litbangkes, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560, Indonesia

*Korespondensi Penulis: muji_ballz2@yahoo.com

Submitted: 25-03-2016, Revised: 14-11-2016, Accepted: 15-12-2016

Abstrak

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menimbulkan berbagai dampak, termasuk meningkatnya jumlah kunjungan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), sehingga dibutuhkan sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang memadai. Tujuan penelitian adalah untuk memberi

gambaran tentang ketersediaan SDM kesehatan di FKTP dalam era JKN. Jenis penelitian adalah kuantitatif-kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dengan wawancara dan *round table discussion*. Lokasi penelitian dipilih secara *purposive* di 8 kabupaten/kota yaitu Kota Bekasi dan Kabupaten Bogor (Jawa Barat), Kota Tangerang Selatan dan Kabupaten Serang (Banten), Kota Yogyakarta dan Kabupaten Bantul (DIY), serta Kota Surakarta dan Kabupaten Sragen (Jawa Tengah). Informan yaitu pimpinan/wakil institusi puskesmas, klinik, dan praktik dokter serta dinas kesehatan kabupaten/kota. Analisa data kuantitatif dilakukan secara deskriptif dan analisa data kualitatif dengan *content analysis*. Puskesmas di 8 kabupaten/kota belum seluruhnya memiliki SDM kesehatan sesuai Permenkes RI Nomor 75 tahun 2014, namun dokter umum, bidan dan perawat telah tersedia di seluruh puskesmas meskipun dengan jumlah yang masih kurang. Kecuali Kabupaten Bogor, jumlah tenaga medis di seluruh klinik sudah sesuai Permenkes RI Nomor 9 Tahun 2014, namun jenis SDM kesehatan lain masih banyak yang belum tersedia. Sedangkan di seluruh praktik dokter, SDM kesehatan yang paling banyak tersedia yaitu dokter umum dan perawat. Terdapat perubahan dalam perencanaan pengadaan SDM di daerah sesudah JKN, peningkatan beban kerja dan jam kerja, sehingga diperlukan perencanaan dan pengadaan SDM berbasis kebutuhan.

Kata Kunci: SDM, FKTP, JKN

Pendahuluan

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan sebuah sistem jaminan sosial yang ditetapkan di Indonesia dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Jaminan sosial ini adalah salah satu bentuk perlindungan sosial guna menjamin warga negaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana dalam deklarasi PBB tentang HAM tahun 1948 dan konvensi ILO No.102 tahun 1952. Salah satu bagian dari SJSN adalah Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu program jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Skema penyelenggaraan JKN melibatkan tiga pihak pelaksana, yaitu BPJS kesehatan, fasilitas kesehatan, dan peserta BPJS.¹ Target JKN pada tahun 2019 yaitu semua penduduk Indonesia telah tercakup dalam JKN atau *Universal Health Coverage* (UHC). Diberlakukannya JKN ini membutuhkan upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, serta perbaikan sistem rujukan pelayanan kesehatan. Perkembangan kepesertaan JKN sudah cukup baik, yang dapat dilihat dari jumlah peserta JKN sampai awal September 2014 yang telah mencapai 127.763.851 orang (105,1% dari target). Menurut Heymann D dan Yates R, UHC akan mempercepat pasar pelayanan kesehatan yang menciptakan banyak pekerjaan, baik di sektor publik maupun swasta.² Penyiapan infrastruktur kesehatan seharusnya merupakan langkah pertama sebelum penyusunan pembiayaan kesehatan dalam UHC. Pengembangan yang simultan pada sisi *demand* dan *supply* sangat krusial dalam mencapai kemajuan dalam penggunaan dan keluarannya. Sisi *demand* yaitu dengan meningkatkan cakupan jaminan kesehatan, memperluas manfaat dan mengurangi *cost sharing*. Sedangkan sisi *supply* dilakukan dengan perluasan infrastruktur, SDM kesehatan dan pelayanan kesehatan.³ Hal tersebut hampir serupa dengan hasil studi yang dilakukan oleh Caryn Bredenkamp, et al yang menyimpulkan bahwa tantangan dalam implementasi UHC di Asia sangat bervariasi dan belum siapnya sisi *supply*, yang mencakup ketersediaan infrastruktur, peralatan, obat esensial, dan sumber daya manusia (SDM). Selain itu, kompetensi dari SDM itu sendiri juga masih menjadi kendala.⁴

Adanya perubahan kebijakan pada sistem layanan melalui program JKN akan terjadi perubahan pula pada siklus logistik pelayanan kesehatan. Semua lini siklus yang meliputi proses pemilihan produk layanan, perencanaan dan pengadaan, penyimpanan dan distribusi serta pelayanan konsumen akan beradaptasi dengan kebijakan baru tersebut. Pelaksanaan seluruh proses sangat bergantung pada sistem informasi manajemen logistik sebagai jantung dalam siklus tersebut dan didukung oleh pengorganisasian dan SDM, pembiayaan serta supervisi dan evaluasi.⁵

Ekspansi yang cepat dan adanya reformasi dalam pembiayaan pada saat baru mengalami krisis ekonomi, menimbulkan beberapa permasalahan dalam *Universal Coverage*

(UC). Sebagai contoh permasalahan yang timbul di Thailand antara lain kesulitan mengubah pola hubungan antara pemberi dan yang membayar layanan kesehatan; keterlibatan penyedia layanan swasta masih sangat sedikit; dan perubahan metode pembayaran langsung menjadi kapitasi menyebabkan kesulitan bagi penyedia layanan karena distribusi SDM yang tidak merata.^{6,7}

Ketersediaan SDM dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan memegang peranan penting, apalagi dalam era Jaminan Kesehatan Nasional sekarang ini. Program JKN mulai diterapkan di Indonesia pada tahun 2014. Program yang hampir sama telah diterapkan sebelumnya di 5 provinsi, yaitu DKI Jakarta, Sumatera Selatan, Bangka-Belitung, Bali dan Kalimantan Timur sedangkan provinsi lainnya belum menerapkan program serupa. Dengan adanya program JKN tentunya

akan terjadi perubahan dalam berbagai hal. Dari aspek *provider* kesehatan misalnya, harus memberikan layanan yang meningkat karena adanya peningkatan permintaan terhadap layanan kesehatan. Dengan meningkatnya kunjungan maka diperlukan kesigapan petugas atau SDM di pelayanan kesehatan dalam melayani kunjungan masyarakat.⁸

Dalam sistem manajemen di pelayanan kesehatan, SDM turut berkontribusi baik dalam subsistem input maupun subsistem proses. Studi yang dilakukan oleh Olakunde BO menunjukkan bahwa mobilisasi sumber daya dan akuntabilitas merupakan faktor utama keberhasilan National Health Act di Nigeria. Meskipun pendanaan masyarakat adalah kunci keberhasilan pencapaian UHC, namun pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan masih rendah dan mobilisasi sumber daya juga masih lemah.⁹

Salah satu kegiatan yang dilakukan untuk mencapai sasaran Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan sesuai Rencana Strategis Kemenkes 2015-2019 yaitu kegiatan perencanaan dan pendayagunaan SDM kesehatan. Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya perencanaan dan pendayagunaan SDM kesehatan. Indikator pencapaian sasaran adalah jumlah tenaga kesehatan yang didayagunakan di fasilitas pelayanan kesehatan sebanyak 24.000 orang. Kementerian Kesehatan melalui Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (PPSDMK) telah melakukan upaya pendayagunaan SDM kesehatan untuk mengatasi disparitas SDM kesehatan antarwilayah. Pendayagunaan tersebut meliputi pendistribusian/pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan SDM kesehatan yang ditujukan terutama pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) dan daerah bermasalah kesehatan (DBK).¹⁰

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat dan memiliki fungsi sebagai kontak pertama dari peserta BPJS Kesehatan sehingga berdampak besar bagi peningkatan status kesehatan masyarakat. Menurut Peraturan Presiden RI Nomor 32 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, disebutkan bahwa yang dimaksud dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/ atau pelayanan kesehatan lainnya. Menurut Permenkes RI Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, FKTP dapat berupa puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, dan rumah sakit kelas D pratama atau yang setara.

Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 menyebutkan bahwa "Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya."¹¹ Sedangkan yang dimaksud dengan Klinik sesuai Permenkes RI Nomor 9 Tahun 2014 yaitu "fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik."¹² Menurut Permenkes RI Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran disebutkan bahwa "Praktik Kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap

pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan.” Disebutkan pula dalam permenkes tersebut bahwa setiap dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran wajib memiliki SIP (Surat Izin Praktik).¹³

Tujuan penulisan artikel yang merupakan bagian dari penelitian Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional Tahun 2014 ini adalah memberikan gambaran tentang ketersediaan SDM kesehatan di FKTP yaitu puskesmas, klinik, dan praktik dokter di delapan kabupaten/kota. SDM kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, baik yang berpendidikan formal kesehatan maupun tidak. Ketersediaan SDM kesehatan yang dikaji dalam tulisan ini yaitu ketersediaan dokter, bidan, perawat, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga farmasi, sanitarian, dan analis.

Metode

Jenis penelitian adalah penelitian kuantitatif-kualitatif. Metode pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner untuk mendapatkan angka/ jumlah SDM Kesehatan di masing-masing FKTP, dan *round table discussion* untuk mendapatkan data tentang permasalahan terkait ketersediaan SDM kesehatan di FKTP dalam era JKN. Desain penelitian adalah *cross sectional*. Lokasi penelitian yaitu puskesmas, klinik, dan praktik dokter di masing-masing dua kabupaten/kota dari 4 provinsi yang mewakili Pulau Jawa yaitu Kota Bekasi dan Kabupaten Bogor (Jawa Barat), Kota Tangerang Selatan dan Kabupaten Serang (Banten), Kota Yogyakarta dan Kabupaten Bantul (Daerah Istimewa Yogyakarta), serta Kota Surakarta dan Kabupaten Sragen (Jawa Tengah). Pemilihan kabupaten/kota dilakukan secara *purposive sampling*, yaitu kabupaten/kota yang telah melakukan program gratis berobat di puskesmas untuk seluruh penduduknya dan satu kabupaten/kota lain yang belum memiliki program sejenis. Informan dalam penelitian ini adalah pimpinan atau wakil institusi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang meliputi puskesmas, klinik pratama, praktik dokter, serta dinas kesehatan kabupaten/kota. Analisa data kuantitatif dilakukan secara deskriptif berupa tabel distribusi frekuensi tentang ketersediaan SDM kesehatan di masing-masing FKTP dan analisa data kualitatif menggunakan *content analysis*. Persetujuan etik telah diperoleh dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Litbangkes, Kemenkes RI.

Hasil

Data mengenai jumlah SDM kesehatan di puskesmas diperoleh dari 4 puskesmas di Kota Tangerang Selatan, 5 puskesmas di Kabupaten Serang, 3 puskesmas di Kota Bekasi, 2 puskesmas di Kabupaten Bogor, 3 puskesmas di Kota Yogyakarta, 3 puskesmas di Kabupaten Bantul, 3 puskesmas di Kota Surakarta, dan 3 puskesmas di Kabupaten Sragen. Berdasarkan hasil wawancara menggunakan kuesioner, jumlah minimum dan maksimum SDM kesehatan yang meliputi dokter, bidan, perawat, tenaga farmasi, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat, sanitarian dan analis yang tersedia di puskesmas dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan bahwa dokter umum sudah dimiliki oleh seluruh puskesmas di 8 kabupaten/kota, jumlah paling banyak terdapat di Kota Bekasi dengan 6 dokter umum dalam satu puskesmas. Jenis SDM kesehatan lain yang sudah tersedia di seluruh puskesmas di 8 kabupaten/kota yaitu bidan dan perawat. Jumlah perawat paling banyak terdapat di Kabupaten Sragen yaitu 17 orang dalam satu puskesmas dan bidan paling banyak terdapat di Kabupaten Serang yaitu 22 orang dalam satu puskesmas. Tabel 1 juga menunjukkan bahwa tidak semua puskesmas di 8 kabupaten/kota memiliki tenaga dokter gigi, apoteker, asisten apoteker, tenaga farmasi lain, perawat gigi, SKM, tenaga gizi, analis, dan sanitarian. Terdapat 4 kabupaten/kota yang puskesmasnya belum tersedia apoteker, 6 kabupaten/kota yang puskesmasnya belum tersedia asisten apoteker, 3 kabupaten/kota yang puskesmasnya belum ada perawat gigi, 5 kabupaten/kota yang puskesmasnya belum ada Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM), dan masing-masing 1 kabupaten/kota yang puskesmasnya belum tersedia tenaga gizi, analis, dan sanitarian. Seluruh kabupaten/kota puskesmasnya belum tersedia tenaga farmasi lain. Sebagai contoh, di Kota Surakarta, dari 3 puskesmas yang diteliti, ada puskesmas yang sama sekali tidak tersedia tenaga farmasi lain, namun puskesmas lainnya tersedia hingga 6 tenaga farmasi lain.

Data mengenai ketersediaan SDM kesehatan di klinik diperoleh dari 2 klinik di Kota Tangerang Selatan, 2 klinik di Kabupaten Serang, 4 klinik di Kota Bekasi, 6 klinik di Kabupaten Bogor, 3 klinik di Kota Yogyakarta, 1 klinik di Kabupaten Bantul, 2 klinik di Kota Surakarta, dan 1 klinik di Kabupaten Sragen. Berdasarkan hasil wawancara menggunakan kuesioner, jumlah minimum dan maksimum SDM kesehatan yang meliputi dokter, bidan, perawat, tenaga farmasi, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat, sanitarian dan analis yang tersedia di klinik dapat dilihat pada Tabel 2.

Ketersediaan SDM kesehatan di klinik di 8 kabupaten/kota cukup bervariasi. Hanya dokter umum yang tersedia di seluruh klinik di delapan kabupaten/kota dengan jumlah 1-15 orang, dan yang paling banyak jumlahnya terdapat di Kota Serang dengan 15 dokter umum dalam satu klinik. Dokter gigi dan perawat telah tersedia di sebagian besar klinik dengan jumlah maksimum masing-masing 4 dokter gigi dalam satu klinik yang terdapat di Kota Serang dan Kota Bekasi, serta maksimum 8 perawat dalam satu klinik yang terdapat di Kabupaten Bantul. Sedangkan jenis SDM kesehatan lain seperti dokter spesialis anak, dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter spesialis penyakit dalam, bidan, analis, tenaga gizi, perawat gigi, apoteker, asisten apoteker dan analis masih banyak yang belum tersedia di klinik di delapan kabupaten/kota. Sebagai contoh, dari 6 klinik yang ada di Kabupaten Bogor, terdapat klinik tanpa bidan, namun di klinik lain tersedia hingga 6 bidan. Begitu pula dengan analis, ada klinik yang tanpa analis, namun klinik lain tersedia hingga 4 analis.

Tabel 1. Jumlah Minimum dan Maksimum SDM Kesehatan di Puskesmas di Delapan Kabupaten/Kota

Provinsi	Kab/Kota	Dokter Umum	Drg	Apo- teker	AA	Tenaga Farmasi Lain	Perawat	Perawat Gigi	SKM	Tenaga Gizi	Bidan	Analisis	Sani- tarian
Banten	Tangsel	2-5	1-2	0	0-1	0	6-7	0-1	0-1	1	8-11	1	0-1
	Serang	1	0-1	0	0	0-1	5-10	0-1	0-4	0-1	10-22	0	0-1
Jabar	Bekasi	2-6	2-3	0-1	0-1	0	5-10	0-2	1	1-2	4-8	0-1	0-1
	Bogor	2-3	1-2	1	0	0	3-9	1	1-3	1	9-17	1-3	0-1
DIY	Kota Yogyakarta	3-4	2	1	2-3	0	5	3	0-1	1-3	3-4	2-3	1-2
	Bantul	2	1	1	0-1	0	5-7	2-3	0-1	1-2	5-13	1-2	1
Jateng	Surakarta	2-3	1-2	0-1	2-4	0-6	4-10	1-2	1-2	1-2	4-9	1-2	1
	Sragen	2-3	1	1	0-2	0	6-17	1-2	0-3	1	14-21	1	1

Tabel 2. Jumlah Minimum dan Maksimum SDM Kesehatan di Klinik di Delapan Kabupaten/Kota

Provinsi	Kab/Kota	SpA	SpOG	SpPD	Dokter Umum	Drg	Apo- teker	AA	Tenaga Farmasi Lain	Per- awat	Per- awat Gigi	Tena- ga Gizi	Bidan	Analisis
Banten	Serang	0-1	0-1	0	4-15	2-4	1	0-2	0-3	4-5	1	0	1-8	0-2
	Tangsel	0	0	0	3-5	2	0-1	0-1	0	0-2	0	0	0-2	0-2
Jabar	Bekasi	0	0	0	2-5	2-4	0-2	1-4	0	1-4	0	0	0-1	0-1
	Bogor	0	0-1	0-1	1-10	0-2	0-1	0-5	0-2	0-12	0	0-1	0-6	0-4
DIY	Kota Yogyakarta	0	0	0	3-13	2-3	1-2	1-3	0-1	2-5	0-2	0	1-2	0-1
	Bantul	1	0	1	8	0	0	1	0	8	0	1	4	1
Jateng	Surakarta	0	0	0	1-2	0-1	0	0	0	1-2	0	0	0-1	0
	Sragen	0	0	0	3	0	1	2	3	4	0	0	0	0

Tabel 3. Jumlah Minimum dan Maksimum SDM Kesehatan di Tempat Praktik Dokter di Delapan Kabupaten/Kota

Provinsi	Kab/kota	Dokter Anak	Dokter Umum	Dokter Gigi	Apoteker	AA	Tenaga Farmasi Lain	Perawat	Bidan	Analisis
DIY	Kota Yogyakarta	0	1	2	0	0	1	1	0	0
	Bantul	0	1	0	0	0	0	2	0	1-2
Jateng	Surakarta	0	1	0	0	0-1	0	1	0	0
	Sragen	0-1	1-2	0-1	0-1	0-1	0	1-8	0-1	0-2

Data mengenai ketersediaan SDM kesehatan di praktik dokter diperoleh dari 1 praktik dokter di Kota Yogyakarta, 2 praktik dokter di Kabupaten Bantul, 2 praktik dokter di Kota Surakarta, dan 4 praktik dokter di Kabupaten Sragen. Sedangkan praktik dokter yang ada di Kota Tangerang Selatan, Kabupaten Serang, Kota Bekasi dan Kabupaten Bogor tidak diteliti karena belum ada praktik dokter yang bekerjasama dengan BPJS. Berdasarkan hasil wawancara menggunakan kuesioner, jumlah minimum dan maksimum SDM kesehatan yang meliputi dokter, bidan, perawat, tenaga farmasi, dan analisis yang tersedia di tempat praktik dokter dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3 menunjukkan bahwa ketersediaan SDM kesehatan seperti dokter umum sudah

tersedia di seluruh praktik dokter di 8 kabupaten/ kota, dan yang paling banyak terdapat di Kabupaten Sragen yaitu hingga 2 orang dalam satu praktik dokter. SDM kesehatan lain juga sudah tersedia di seluruh praktik dokter yaitu perawat, paling banyak 8 orang di praktik dokter di Kabupaten Sragen. Sedangkan dokter spesialis anak, dokter gigi, apoteker, asisten apoteker dan bidan masih belum tersedia di seluruh praktik dokter di Provinsi DIY. Sedangkan praktik dokter di Provinsi Jawa Tengah sudah tersedia dokter spesialis anak (maksimum 1 orang), dokter umum (maksimum 2 orang), dokter gigi, apoteker, asisten apoteker, tenaga farmasi lain dan bidan masih banyak yang belum tersedia di seluruh praktik dokter di 8 kabupaten/kota, kecuali praktik dokter di Kota Yogyakarta sudah tersedia dokter gigi (maksimum 2 orang) dan tenaga farmasi lain (maksimum 1 orang). Banyaknya SDM kesehatan yang belum tersedia di FKTP (puskesmas, klinik, dan praktik dokter) dicoba digali dengan *round table discussion* yang melibatkan perwakilan dari FKTP dan dinas kesehatan kabupaten/ kota. Berdasarkan hasil *round table discussion*, permasalahan terkait SDM kesehatan yang muncul di wilayah kerja informan di era JKN yaitu adanya perbedaan dalam perencanaan SDM antara sebelum dan sesudah dimulainya JKN.

"(Perencanaan sebelum dan sesudah JKN) Berubah. Alkes, obat, SDM mau ditambah. Kalau itu kan ... sama Perencana Anggaran biasanya..." "Dari segi pengangkatan kita nggak dapat kuota, karena dari jumlah penduduk kita sudah memenuhi, kita mengangkat honor nggak boleh, coba kalau boleh ngangkat honor, dana yang 40% kita bisa mengangkat honorer."

Permasalahan lain terkait ketersediaan SDM kesehatan yaitu sebagian besar kabupaten/kota merasa masih kekurangan SDM terutama untuk pelayanan dan administrasi.

"SDM seperti dokter gigi tidak ada, kan Dinas yang bisa. Seharusnya ada dokter gigi, sesuai dengan sarana yang ada dapat melaksanakan dengan baik, namun demikian yang dilakukan yang terbaik dengan apa adanya. Apoteker tidak ada, yang ada kita pekerjaan tenaga seadanya untuk mengurus obat. Yang ada tenaga kesehatan perawat kita pekerjaan sebagai apoteker demikian juga lab. Kita Kepala Puskesmas yang dokter umum baru satu, sebagai kepala puskesmas dan dokternya. Kalau apoteker saja tidak ada, obat dikelola perawat. Kalau analisisnya nggak punya, buat apa BHP-nya."

"SDM masih kurang khusus rawat inap. Idealnya ada 3-4 dokter di sini. Rincian 1 dokter kepala, 2-3 dokter fungsional. Tidak ada dokter jaga. Bidan masih kurang, akibatnya Bidan Desa ditarik untuk membantu di puskesmas."

"Mencari apoteker sulit, ikatan profesi bilang apoteker hanya boleh satu, analisis lab lebih sulit lagi, kalau klinik mau lab swasta. Apoteker sulit, tapi untung kami punya analisis. Apoteker dan analisis sulit untuk dipenuhi, sudah setengah tahun cari apoteker belum ketemu."

"Pendaftaran ada 2 (orang), masih kurang. Harusnya 3 di pendaftaran, 1 pendaftaran umum, yang 1 orang komputer, yang 1 cari buku. Sekarang pasien sekali datang, brekk...banyaaakk. Sebelum JKN, 2 orang juga, (tapi) masih bisa tertangani, nah sekarang sebisa-bisa kita aja."

Beban kerja petugas FKTP khususnya di puskesmas cukup besar, rata-rata merangkap dengan tugas/pekerjaan lain dan kadangkala melebihi jam kerja yang sudah ditetapkan. Beban kerja tersebut menyebabkan pelayanan yang diberikan menjadi tidak maksimal.

"Puskesmas Non DTP (puskesmas non perawatan): 2 dokter yang fungsional dan 1 rangkap Kapus (Kepala Puskesmas). Tugas pelayanan saya tidak maksimal."

"Aplikasi P-Care, SIMPUS dobel entri, jaringan (internet) bermasalah. Di puskesmas

semua semrawut, perawat/dokter juga sebagai supir; kalau di klinik masalahnya harus 24 jam tidak boleh tutup, overtime kami. MoU dokkel (Dokter Keluarga) hanya 4 jam tapi kenyataan harus 24 jam.”

Pembahasan

Mobilisasi dan penguatan SDM Kesehatan merupakan inti upaya dalam memerangi krisis kesehatan terutama di negara-negara miskin dan untuk membangun sistem kesehatan yang berkelanjutan di semua negara. Hampir seluruh negara memiliki tantangan dalam hal kurangnya SDM kesehatan, ketidakseimbangan keterampilan dan kemampuan, maldistribusi SDM kesehatan, lemahnya pengetahuan dasar, serta lingkungan kerja yang kurang mendukung. Pada akhirnya diperlukan suatu kemitraan yang melibatkan berbagai pihak terkait untuk memperkuat kinerja SDM Kesehatan.¹⁴

Sepanjang tahun 2013, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia masih menggarisbawahi masalah terkait kualitas dan kuantitas SDM kesehatan. Secara nasional, akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar sudah meningkat, namun data statistik Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan adanya ketimpangan dalam penyebaran atau distribusi tenaga terampil kesehatan sesuai jenis dan sifat pekerjaan.¹⁵ Hal tersebut sesuai dengan hasil dari penelitian ini, yaitu masih belum cukup tersedianya SDM kesehatan di FKTP dan belum meratanya SDM kesehatan di masing-masing FKTP. Hasil penelitian lain terkait kurangnya SDM kesehatan yaitu sebuah studi oleh McQuide PA, Kolehmainen-Aitken RL, dan Forster N yang dilatarbelakangi oleh upaya *Ministry of Health and Social Services* (MoHSS) Namibia untuk melakukan restrukturisasi sektor kesehatan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan menggunakan metode *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN). Hasil studi tersebut menunjukkan adanya kekurangan dan maldistribusi tenaga kesehatan. Perawat cenderung lebih banyak bekerja di rumah sakit, sedangkan di *health centers* dan klinik, terdapat perbedaan antara jumlah perawat yang tersedia dan jumlah perawat yang dibutuhkan.¹⁶

Belum meratanya distribusi SDM kesehatan yang dibutuhkan oleh FKTP juga menjadi permasalahan yang harus segera ditangani. Dari hasil penelitian ini dapat dilihat bahwa jumlah dan distribusi SDM kesehatan di masing-masing FKTP di tiap kabupaten/kota sangat bervariasi. Menurut Menteri Kesehatan RI periode tahun 2012-2014, Nafsiah Mboi, telah terjadi peningkatan yang cukup signifikan dalam SDM kesehatan, khususnya dalam hal jumlah. Pada tahun 2013, rasio tenaga kesehatan seperti dokter, perawat dan bidan telah mencapai 2,25 per 1.000 penduduk. Angka tersebut hampir mendekati ambang batas minimal WHO yaitu 2,3 per 1.000 penduduk untuk negara yang dinyatakan krisis SDM kesehatan. Namun di sisi lain, Menkes juga mengakui persoalan distribusi masih menjadi kendala. Masih ada puskesmas yang hanya memiliki lima pegawai, bahkan tidak memiliki dokter umum maupun dokter gigi.¹⁷ Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini.

Dalam Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, dituliskan bahwa jenis tenaga kesehatan yang harus ada di puskesmas minimal terdiri atas dokter atau dokter layanan primer, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi, dan tenaga kefarmasian.¹¹ Jika mengacu pada permenkes tersebut, hasil penelitian ini menunjukkan belum ada satu kabupaten/kota pun yang seluruh puskesmasnya mampu memenuhi ketersediaan tenaga kesehatan seperti yang disebutkan di atas. Jenis SDM kesehatan yang mampu dipenuhi oleh seluruh puskesmas di 8 kabupaten/kota yaitu dokter umum, bidan, dan perawat. Sedangkan jika dinilai dari kecukupan, sebagian besar puskesmas merasa jumlah SDM kesehatan masih kurang.

Menurut Permenkes RI Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, jenis ketenagaan klinik rawat jalan terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan jenis ketenagaan untuk klinik rawat inap yaitu tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga gizi, tenaga analis kesehatan, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Jumlah tenaga medis untuk klinik pratama paling sedikit dua orang dokter dan/atau dokter gigi

sebagai pemberi pelayanan, dan untuk klinik utama paling sedikit terdapat satu orang dokter spesialis dan satu orang dokter sebagai pemberi pelayanan, serta paling sedikit satu orang dokter gigi spesialis dan satu orang dokter gigi di klinik utama yang memberikan pelayanan kedokteran gigi.¹² Dari hasil penelitian ini, jumlah tenaga medis di hampir seluruh klinik di 8 kabupaten/kota sudah memenuhi persyaratan, kecuali di Kabupaten Bogor masih terdapat klinik dengan tenaga medis hanya satu orang dokter umum. Sedangkan jenis ketenagaan lain masih banyak yang belum tersedia di hampir seluruh klinik di 8 kabupaten/ kota. Sedangkan menurut Permenkes RI Nomor 2052 Tahun 2011 disebutkan bahwa dokter atau dokter gigi dapat memberikan pelimpahan suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi kepada perawat, bidan atau tenaga kesehatan tertentu lainnya secara tertulis jika kebutuhan pelayanan melebihi ketersediaan dokter atau dokter gigi di fasilitas pelayanan tersebut. Dari hasil penelitian ini dapat dilihat bahwa selain dokter umum, perawat adalah SDM kesehatan yang paling banyak tersedia di seluruh praktik dokter.

Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan menjadi salah satu fokus utama pada pengembangan SDM kesehatan guna menjamin ketersediaan, pendistribusian, dan peningkatan kualitas SDM kesehatan. Berdasarkan hasil *round table discussion* dalam penelitian ini, didapat bahwa ada perubahan perencanaan SDM saat sebelum dan sesudah era JKN. Perencanaan SDM kesehatan tentunya tidak terlepas dari dukungan data dan informasi SDM kesehatan. Dalam rangka penguatan perencanaan kebutuhan SDM kesehatan, sejak tahun 2010 telah dilakukan berbagai upaya seperti fasilitasi kabupaten/kota untuk menyusun dokumen perencanaan kebutuhan kabupaten/kota dan melakukan penyusunan peta kebutuhan tenaga kesehatan di Indonesia.¹⁸ Giorgio Cometto & Sophie Witterb dalam studinya menyarankan untuk memperhitungkan beberapa faktor yang saling terkait dalam menetapkan standar baru SDM kesehatan, diantaranya: 1) Pertumbuhan penduduk dan transisi demografi; 2) Peningkatan beban penyakit tidak menular dan perubahan masyarakat dalam permintaan pelayanan kesehatan; 3) Kebutuhan dalam peningkatan kemampuan dan kompetensi tenaga kesehatan sesuai tuntutan permintaan pengguna layanan; 4) Apresiasi tenaga kesehatan dan kontribusi potensial dari para kader kesehatan dalam meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan; serta 5) Peran pihak atau sektor lain yang kemungkinan bisa dioptimalkan.¹⁹ Menilai kecukupan tenaga kesehatan bukan suatu hal yang mudah. Perbedaan daerah desa dan kota dari segi sosiologis, geografis, kependudukan, sarana dan prasarana memberikan kesulitan untuk membuat suatu standar berapa kebutuhan akan tenaga kesehatan pada puskesmas dan rumah sakit.²⁰ Menurut studi yang dilakukan oleh Barber S.L, Gertler

P.J dan Harimurti P menunjukkan bahwa kualitas layanan kesehatan bergantung pada ketersediaan, jenis, dan jumlah tenaga kesehatan, yang pada gilirannya dipengaruhi oleh kebijakan publik tentang pendistribusian tenaga kesehatan.²¹

Beban kerja SDM kesehatan di FKTP juga merupakan hal penting yang tidak bisa terus-menerus diabaikan. Beban kerja yang berlebihan dapat berpengaruh pada kualitas kerja seseorang. Hasil penelitian di Kabupaten Wonogiri menyimpulkan bahwa perlu peningkatan SDM agar pelayanan di FKTP khususnya puskesmas semakin prima dan masyarakat lebih merasakan kepuasan dalam pelayanan yang diberikan.²² Hasil serupa juga terdapat pada penelitian Ahmad Ahid Mudayana yaitu ada pengaruh antara motivasi kerja terhadap kinerja karyawan di RS Nur Hidayah Bantul.²³ Namun, hal berbeda justru ditemukan pada hasil penelitian di 126 fasilitas kesehatan di daerah pedesaan Tanzania, bahwa jumlah pasien yang bertambah cukup banyak tidak serta-merta membuat dokter bekerja *overload*. Dokter nampaknya memiliki waktu yang cukup untuk memberikan pelayanan ke tiap-tiap pasien. Penelitian tersebut juga menyimpulkan bahwa *scaling up* jumlah tenaga kesehatan tidak serta-merta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.²⁴ Brent D. Fulton, et al dalam studinya menemukan bahwa pengalihan tugas (*task shifting*) merupakan sebuah *policy option* yang cukup menjanjikan untuk mengurangi kekurangan tenaga kerja dan mengatasi ketidakseimbangan keterampilan dan kemampuan antar SDM. Meski demikian, pengalihan tugas juga memberikan tantangan tersendiri terkait dengan perbedaan kemampuan dan keterampilan yang dimiliki oleh SDM baru dan SDM lama serta perbedaan motivasi dan kinerja.²⁵

Kesimpulan

Puskesmas di 8 kabupaten/kota belum seluruhnya memiliki jenis SDM kesehatan seperti yang disebutkan dalam Permenkes RI Nomor 75/2014, namun jenis SDM kesehatan seperti dokter umum, bidan dan perawat telah tersedia di seluruh puskesmas meskipun dengan jumlah yang masih kurang. Jumlah tenaga medis di hampir seluruh klinik di 8 kabupaten/ kota sudah sesuai Permenkes RI Nomor 9/2014, kecuali di Kabupaten Bogor masih terdapat klinik dengan tenaga medis hanya satu orang dokter umum. Sedangkan jenis ketenagaan lain masih banyak yang belum tersedia. Sedangkan di seluruh praktik dokter, SDM kesehatan yang paling banyak tersedia yaitu dokter umum dan perawat. Permasalahan terkait ketersediaan SDM kesehatan di FKTP yaitu perubahan dalam perencanaan dan pengadaan SDM di era JKN, adanya peningkatan beban kerja dan jam kerja, sehingga menyebabkan pelayanan tidak maksimal.

Saran

Perencanaan dan pengadaan SDM kesehatan, baik jumlah maupun jenisnya, sebaiknya berbasis kebutuhan di masyarakat dengan memperhatikan peraturan/kebijakan yang telah ditetapkan, sehingga penyedia layanan dapat memberikan layanan secara optimal sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

Daftar Pustaka

1. Undang-Undang Republik Indonesia no 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. Heymann D, Yates R. Embracing the politics of universal health coverage. Chatham House, 2014. <http://www.chathamhouse.org/expert/comment/14972> (accessed May 30, 2015).
3. Atun R, Aydin S, Chakraborty S, Aran SSM, Gürol I, Nazlıoğlu S, et al. Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. *The Lancet* 2013;382(9886):65-99.
4. Bredenkamp C, Evans T, Lagrada L, Langenbrunner J, Nachuk S, Palu T. Emerging challenges in implementing universal health coverage in Asia. *Social Science & Medicine* 145. 2015:243-8.
5. USAID. The logistic handbook. A practical guide for the supply chain management of health commodities. Task Order 1. Arlington, Va: USAID | Deliver Project; 2011.
6. Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles : lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. *Health Affairs*. 2007;26(4):999-1008.
7. Sakunphanit T. Universal health care coverage through pluralistic approaches: experience from Thailand. Thailand: ILO, 2006.
8. Peran sektor kefarmasian dalam Jaminan Kesehatan Nasional. Presentasi Dirjen Binfaralkes dalam Rapat Konsultasi Nasional Program Kefarmasian dan Alkes di Bandung. 27 Februari 2013.
9. Olakunde BO. Public health care financing in Nigeria: which way forward? *Ann Nigerian Med*. 2012;6:4-10.
10. Kementerian Kesehatan RI. Rencana strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. 2015.
11. Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014.
12. Permenkes RI Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik. 2014.
13. Permenkes RI Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. 2011.
14. Chen L. Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet*. 27 November - 3 December. 2004;364(9449):1984-90.
15. Anonim. Sumber daya manusia kesehatan: apa yang masih kurang?, <http://aiphss.org/id/sumber-daya-manusia-kesehatan-apa-yang-masih-kurang/>, diakses tanggal 12 Feb 2016.
16. McQuide PA, Kolehmainen-Aitken RL, Forster N. Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy. *Hum Resour Health*. 2013 Dec;10(11):64.
17. Herman. Menkes akui masih terjadi masalah distribusi tenaga kesehatan. *BeritaSatu.com*, Kamis, 28 Agustus 2014 | 13:52, <http://www.beritasatu.com/kesehatan/205757-menkes-akui-masih-terjadi-masalah-distribusi-tenaga-kesehatan.html>
18. PPSDM Kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan dalam persiapan pelaksanaan JKN. 2013, <http://bppsdmk.depkes.go.id/web/images/news/13-05-2014/ISI%20BUKU-5-Edit.pdf>
19. Cometto G, Witterb S. Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. *Bull World Health Organ*. 2013;91:881-5.
20. Geswar RK. Kesiapan stakeholder dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Gowa. 2014. <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/9548>.
21. Barber SL, Gertler PJ, Harimurti P. The contribution of human resources for health to the quality of

care in Indonesia. *Health Aff (Millwood)*. 2007 May-Jun;26(3):w367-79. Epub 2007 Mar 27.

22. Maharani EA. Evaluasi implementasi program Jamkesmas di Kecamatan Baturetno Kabupaten Wonogiri. *Journal of Public Policy and Management Review*. 2014;3(4). <http://www.ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jppmr/article/view/6479>.
23. Mudayana AA. Pengaruh motivasi dan beban kerja terhadap kinerja karyawan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Juni 2010;4(2).
24. Maestad O, Torsvik G, Aakvik A. Overworked? On the relationship between workload and health worker performance. *Journal of Health Economics*. September 2010;29:686-98.
25. Fulton BD. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human Resources for Health*. 2011;9:1.