

**BEBERAPA MODEL PENDAYAGUNAAN
TENAGA KESEHATAN NON-PNS DALAM
OTONOMI DAERAH**

Potret dari Pengalaman Beberapa Propinsi

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA
DEPARTEMEN KESEHATAN**

JAKARTA 2002

PENDAHULUAN

Tenaga Kesehatan & Kebutuhan Masyarakat

Sesuai Dengan perkembangan teknologi dan tuntutan pelayanan kesehatan, Departemen Kesehatan sejak beberapa dasawarsa terakhir telah mendidik bermacam-macam jenis profesi tenaga kesehatan. Pada awalnya berbagai profesi tersebut memang diadakan untuk memenuhi kebutuhan program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Namun dalam perkembangannya kebutuhan akan tenaga kesehatan juga mempertimbangkan tuntutan pasar dan kebutuhan berbagai segmen masyarakat. Dalam konteks ini, sebagai negara yang tengah membangun dan mengembangkan infrastruktur pelayanan kesehatan, Indonesia perlu melakukan penataan ulang pendayagunaan tenaga kesehatan yang telah ada atau yang masih akan dikembangkan.

Indonesia merupakan negara yang terdiri atas ribuan pulau, dengan berbagai macam struktur geografis, penduduk yang tersebar tidak merata, dan sosial budaya yang beraneka ragam, faktor-faktor ini menyebabkan timbulnya berbagai masalah kesehatan yang sering berbeda dari satu daerah yang lain. Oleh karena itu perkiraan jumlah tenaga kesehatan untuk melayani kebutuhan masyarakat sangat sulit untuk dihitung, Rasio jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk tidak mudah ditetapkan, karena penggunaan rasio yang tidak hati-hati dapat menyebabkan kesalah pahaman. Sebagai contoh, disuatu daerah terpencil dengan penduduk yang jarang terkesan kurang memerlukan tenaga kesehatan, padahal didaerah itu terdapat masalah kesehatan yang mendesak, sebaliknya, didaerah padat penduduk dengan masalah kesehatan yang tidak begitu bermakna tenaga kesehatan justru berlebihan, alhasil tenaga kesehatan menumpuk disentra-sentra penduduk dengan tingkat ekonomi yang lebih maju. Hal demikian sudah berlangsung sejak puluhan tahun yang telah lewat, tetapi ini merupakan tantangan untuk kemajuan pembangunan kesehatan Indonesia.

Pendayagunaan Tenaga Kesehatan

Di lihat dari sudut kemampuan dana, maka pemerintah Indonesia dewasa ini sudah tidak mungkin mengangkat semua jenis tenaga kesehatan sebagai pegawai negeri, sejak tahun 1990 pengangkatan tenaga kesehatan sebagai pegawai negeri hanya dalam rangka menggantikan mereka yang pensiun atau meninggal dunia. Disamping itu terdapat jenis-jenis tenaga kesehatan yang ditugaskan pemerintah dengan sistem kontrak untuk beberapa tahun ditempat-tempat yang sangat membutuhkan, setelah masa kontrak mereka bebas, menetapkan dimana mereka akan bekerja. banyak masalah timbul berkenaan dengan pendayagunaan tenaga kesehatan.

Tenaga kesehatan telah dididik dan kontribusi dana dari pemerintah sangat dominan dalam proses mendidik mereka. Pemerintah sangat dominan dalam proses mendidik mereka. Pemerintah sadar bahwa masyarakat sangat membutuhkan tenaga kesehatan tetapi pemerintah tidak memiliki cukup dana untuk mendayagunakan mereka. Pengalaman selama ini menunjukkan bahwa banyak organisasi atau institusi bukan pemerintah yang telah berhasil mendayagunakan tenaga kesehatan, Pengalaman semacam ini harus diungkap dan terus dikembangkan. Dana dari masyarakat sangat diharapkan untuk mendayagunakan tenaga kesehatan.

Otonomi Daerah.

Otonomi daerah tengah berlangsung dengan diberlakukannya UU No 22/1999 dan UU No 25/1999. Dengan kedua undang-undang tersebut maka pemerintah kabupaten/kota mempunyai otonomi dalam mengatur sumber dana atau keuangan, dan sumber daya ilmu pengetahuan/teknologi (termasuk investasi sarana/prasarana) yang paling mendesak untuk dilakukan adalah peningkatan ketrampilan dan pemberdayaan sumber daya manusia.

Otonomi daerah sebenarnya perlu diartikan sebagai kesempatan pemerintah daerah untuk mendekati diri dengan masyarakatnya, dan menyatakan akuntabilitasnya bagaimana sumber daya yang ada akan telah dimanfaatkan untuk kepentingan seluruh penduduknya. Salah satu sumber daya yang sudah ada di masyarakat adalah tenaga kesehatan yang telah dididik dengan biaya yang tidak sedikit dan siap untuk bekerja dalam membangun kesehatan bagi masyarakat setempat.

Tujuan

Pedoman pendayagunaan tenaga kesehatan ini dimaksud untuk memberikan masukan kepada pemerintah daerah dan pihak-pihak yang terkait dalam pendayagunaan tenaga kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat didaerah masing-masing.

Secara lebih rinci, tujuan pedoman ini adalah :

1. Menyampaikan jenis-jenis tenaga kesehatan yang didayagunakan, institusi tempat pendidikan, dan kompetensi masing-masing.
2. Menyampaikan contoh-contoh pendayagunaan yang telah dilakukan selama ini baik oleh sektor pemerintah, sektor bukan pemerintah, maupun kelompok masyarakat atau individu.
3. Menyampaikan pengalaman baik keberhasilan ataupun kegagalan dalam upaya mendayagunakan tenaga kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, bukan pemerintah, kelompok atau individu.

4. Menyampaikan kesulitan dan kendala yang dihadapi tenaga kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Metode

- ✍ Pedoman ini ditulis setelah diperoleh masukan berupa penggalian berbagai pengalaman dari banyak pihak yang pernah atau tengah mendayagunakan tenaga kesehatan.
- ✍ Penggalian dilakukan dengan melakukan kunjungan ke beberapa Kabupaten/kota dipropinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur.
- ✍ Dalam kunjungan tersebut dilakukan pengamatan langsung kepada pihak-pihak yang mendayagunakan tenaga kesehatan, kemudian diikuti dengan wawancara, dan kelompok diskusi terfokus, Wawancara juga dilakukan terhadap lembaga swadaya masyarakat dan organisasi profesi.
- ✍ Pembahasan yang lebih mendalam dilakukan di tingkat pemerintah kabupaten/kota dan melibatkan pula organisasi profesi, akademisi, dan unit-unit utama setempat.
- ✍ Hasil-hasil penggalian kemudian diolah dan disarikan sehingga diperoleh beberapa model pendayagunaan tenaga kesehatan.

Contoh Pendayagunaan Tenaga Kesehatan

Berikut ini adalah contoh-contoh pendayagunaan yang telah dilakukan selama ini baik oleh sektor pemerintah. Sektor bukan Pemerintah, maupun kelompok masyarakat atau individu.

Model Pendayagunaan Bidan Pasca – PTT Sebagai

BIDAN TPC (TARGETED PERFORMANCE CONTRACT)

Uraian Singkat

Bidan TPC (Targeted Performance Contract) atau bidan kontrak berbasis kinerja bertarget adalah BDD (Bidan Di Desa) yang tidak memperpanjang kontraknya sebagai PTT (Pegawai Tidak Tetap) dan masih bersedia praktek mandiri di desa, BDD tersebut direkrut dalam bentuk kontrak yang dikembangkan oleh proyek SMP-FA (Safe Motherhood Project- Family Approach) Depkes RI. Disain kontrak dikaitkan dengan target kerja yang harus dicapai.

Bentuk kontrak TPC ini diujicobakan mulai tahun anggaran 1997/1998, di mana sebagian angkatan pertama BDD telah menyelesaikan masa bakti PTT, Seleksi dilakukan berdasarkan persyaratan yang ditetapkan oleh Depkes RI Bidan yang diseleksi adalah dari kelompok bidan tersebut dan lebih diutamakan bidan yang selama menjalani PTT termasuk bidan aktif dan produktif,

Bidan TPC ditempatkan di desa untuk memberikan paket pelayanan kesehatan bagi keluarga tidak mampu (prasejahtera dan sejahtera I) , Melalui sistem TPC ini kelompok sasaran (wanita usia reproduksi) diberi sejumlah kupon yang terdiri dari beberapa jenis pelayanan kesehatan yang komprehensif.

Pembiayaan kontrak kerja tersebut dibebankan kepada proyek SMP-FA yang mendapat bantuan dari World Bank (Bank Dunia).

Latar Belakang

Beberapa isu yang mendorong timbulnya model Bidan TPC ini antara lain kebutuhan akan kesinambungan pelayanan BDD terutama didaerah miskin dan terpencil, serta keterjangkauan keluarga miskin pada pelayanan tersebut. Perbedaan pendapatan antara tenaga kesehatan di daerah perkotaan dan desa terpencil yang bisa diperoleh melalui praktek swasta juga mendorong ide model TPC. Keberadaan BDD juga masih diperlukan karena angka kematian ibu melahirkan dan angka kematian bayi masih relatif tinggi.

Strategi

Strategi yang ditawarkan melalui proyek SMP-FA adalah meningkatkan kesinambungan dan akses baik dari segi pasokan maupun kebutuhan dengan mengimplementasikan percontohan dalam membiayai BDD sebagai pelayan swasta . Proyek SMP-FA membantu Depkes RI dalam memperbaharui penugasan bidan PTT dengan dasar yang baru dalam hal

pembiayaan yang berhubungan dengan pelayanan yang dilakukan oleh BDD dan biaya bagi kelompok sasaran keluarga miskin.

Tujuan

Menurut Pentunjuk Teknis sistem kontrak berbasis kinerja bertarget dari proyek SMP-FA (1998) adalah sebagai berikut:

Tujuan Umum

Mengadakan kontrak dengan Bidan di Desa menggunakan struktur insentif yang menuju kepada pelayanan efektif pada kelompok terbesar dari keluarga miskin selain untuk meningkatkan keberadaan Bidan didesa sebagai bidan praktek mandiri di daerah pedesaan.

Tujuan Khusus

- ?? Diperoleh model sistem kontrak baru Bidan di Desa untuk memberikan pelayanan kebidanan dengan menrtapkan target beban kerja.
- ?? Diperoleh kemantapan sistem pemantauan Bidan diDesa sebagai bidan mandiri didesa dengan kinerja yang baik.
- ?? Meningkatnya cakupan pelayan kebidanan bagi semua bumil terutama yang berasal dari keluarga prasejahtera dan sejahtera I.
- ?? Meningkatnya cakupan kasus komplikasi kebidanan ditempat rujukan (rumah sakit dan puskesmas).
- ?? Menurunnya angka kesakitan dan kematian ditempat rujukan.
- ?? Berkurangnya kecacatan akibat komplikasi.
- ?? Meningkatnya ketrampilan dan kinerja rBidan di Desa.
- ?? Terpantaunya kecepatan pelayanan rujukan pasien.

Sasaran

Sasaran sistem kontrak berbasis kinerja bertarget ini adalah Bidan di Desa pasca-PTT yang tidak memperpanjang kontrak dan tidak diangkat dalam formasi PNS, serta mau tinggal di desa untuk melayani ibu-ibu yang berasal dari keluarga prasejahtera dan sejahtera I.

Konsep

Konsep model TPC dapat diuraikan sebagai berikut:

- ?? Adanya kebutuhan atas tenaga bidan untuk melaksanakan program safe motherhood di desa terpencil
- ?? Bidan senior tidak bersedia bekerja terpencil, sementara, sejumlah bidan PTT telah memasuki akhir masa kerja PTT yang selanjutnya akan memilih pekerjaan diberbagai tempat yang tersedia khususnya rumah sakit atau klinik bersalin swasta.
- ?? Memberdayakan pihak bidan maupun pihak klien bidan memperoleh imbalan sesuai dengan kinerjanya Klien mendapatkan pelayanan bidan sesuai kebutuhannya dengan mempergunakan kupon yang dimilikinya.

Mekanisme

Penentuan jumlah yang dikontrak

Jumlah disesuaikan dengan kebutuhan Dalam rapat dengan Pemerintah kabupaten yang melibatkan Camat dan kepala Dinas Kesehatan Kabupaten di ketahui jumlah kebutuhan tenaga.

Seleksi

Bidan di Desa yang mengikuti program TPC harus memenuhi persyaratan kontrak antara lain :

- ?? Telah menyelesaikan masa kontrak dengan pemerintah sebagai PTT dan mau tetap tinggal di desa.
- ?? Menandatangani kontrak bersama dengan pihak yang bertanggungjawab yaitu kepala Dinas Kesehatan setempat.
- ?? Selama menjalani masa bakti PTT merupakan bidan yang produktif dan aktif.

Legal Aspect

Surat kontrak diterbitkan dengan mencatumkan :

- ?? Hak dan kewajiban Depkes dan Bidan didesa.
- ?? BDD bersedia tinggal di desa yang bersangkutan selama masa kontrak.
- ?? Penghasilan tetap pertahun BDD dalam masa kontrak.
- ?? Lama masa kontrak 3 tahun yang akan diperpanjang sampai proyek selesai.
- ?? Hak untuk klaim kupon yang dilampirkan pada laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten.

Pihak Ketiga

Pada beberapa lokasi, pendayagunaan Bidan TPC juga melibatkan ikatan kerja dengan organisasi masyarakat sebagai pihak ketiga seperti :

- ?? Klinik IBI
- ?? Muhammadiyah
- ?? Muslimat NU

Organisasi ini bertanggung jawab atas penyediaan sarana /prasarana pelayanan , akomodasi Bidan TPC , Kendaraan dan bahkan membina komunitas masyarakat pelanggan.

Selain memperoleh pendapatan dari masyarakat pelanggan atas jasa pelayanannya, pihak ketiga juga memperoleh bagian dari pendapatan Bidan TPC yang bersal dari SMP-FA (Kupon Pelayanan). Penentuan besarnya bagian ini didasarkan atas hasil kesepakatan dengan Bidan TPC.

Pembiayaan

Sumber dana

Bantuan dari Bank Dunia yang disalurkan melalui proyek Safe Motherhood didaerah Kabupaten.

Peruntukan

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Pembayaran Kontrak | Rp . 500.000,- |
| 2. Pembayaran gaji pokok per bulan | Rp . 250.000,- |
| 3. Pembayaran klain kupon sesuai jenis pelayanan yaitu : | |
| ?? Kupon Pelayanan KB | Rp. 8.000,- / lembar |
| ?? Kupon Pelayanan ANC | |
| ?? Kupon pelayanan persalinan Normal | Rp . 80.000,- / lembar |
| ?? Kupon pelayanan rujukan | Rp . 25.000,- / lembar |
| ?? Kupon pelayannan Nifas | |
| ?? Kupon Pelayanan Kesehatan Bayi | |
| ?? Kupon pelayanan Obat | Rp . 4.000,- |
| 4. Pembayaran tambahan untuk sistem rujukan : | |
| ?? Pembayaran biaya pendampingan | |
| ?? Pembayaran biaya persiapan rujukan | |

Biaya pelayanan dibayarkan untuk setiap perawatan yang dilakukan Bidan terhadap klien yang berasal dari keluarga miskin, BDD juga dibayar dalam menyelenggarakan posyandu dan paket imunisasi. Dengan demikian, kinerja bidan dinilai menurut kupon yang diklaim. Semakin banyak kupon dikumpulkan menunjukkan banyak pula pelayanan yang dilakukan semakin banyak kupon yang dikembalikan kepada Dinas Kesehatan, maka semakin besar imbalan yang diperoleh bidan.

Pembiayaan diatur melalui program propinsi dan dibayarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten . Dalam mengajukan klaim BDD melampirkan kupon yang diperoleh bersama rekapitulasi paket TPC, kupon dan laporan bulanan. Kewajiban BDDlainnya adalah melaporkan pelayanan kelompok Resiko Tinggi setiap bulan ke Rumah Sakit dan Puskesmas.

Dapat disimpulkan bahwa model TPC memberikan manfaat antara lain kesehatan masyarakat khususnya kesehatan maternal terlayani dan tenaga bidan di Desa dapat dipertahankan keberadaannya (lestari).

Temuan

Masalah yang berkaitan dengan model ini

Bentuk kontrak TPC yang pertama kali ini dikabupaten Jombang-Jawa Timur, dan Kabupaten Brebes–Jawa Tengah, merupakan proyek uji coba, sehingga masih dijumpai beberapa masalah dalam pelaksanaannya. Masalah yang dijumpai antara lain :

1. TPC diasumsikan sebagai proses menuju pengangkatan sebagai PNS.
2. Bidan yang terikat kontrak menuntut persamaan hak dan kewajiban dengan bidan PTT.
3. Kerja yang dilakukan walaupun mendapat imbalan yang sesuai dan perhatian yang besar dari Dinas Kesehatan Kabupaten , tetap dirasakan sebagai beban berat oleh bidan TPC.
4. Pengadaan dan pemeliharaan sarana maupun prasarana untuk pelayanan kebidanan belum dapat memenuhi standar pelayanan. Semua tergantung pada kemampuan investasi masyarakat setempat, yang pada kenyataannya sangat terbatas.
5. Saat ini ketenangan mereka dalam bekerja sangat terganggu oleh adanya isu tentang ijin praktek bidan. Dimana datang , ijin praktek mandiri hanya akan diberikan kepada bidan yang sudah memiliki pendidikan D-3. Padahal sebagian besar Bidan TPC masih belum dapat memenuhi persyaratan ini. Mereka tidak merasa keberatan untuk meningkatkan pendidikan, karena umumnya mereka memiliki dana untuk itu, Tetapi lokasi kerja yang terpencil dipedesaan tidak memungkinkan mereka mengikuti pendidikan lanjutan.

Kelebihan Model

1. Puskesmas di kabupaten Jombang dan Kabupaten Brebes melakukan suatu bentuk kerjasama dengan bidan TPC tersebut. Puskesmas memberikan obat-obatan lengkap termasuk vaksin kepada Bidan selain memberikan kewajiban mengembalikan karci retribusi sebesar Rp 2.000,- untuk setiap kali kunjungan klien. Kewajiban bidan sebagai pertanggung jawaban terhadap Puskesmas antara lain dengan mengembalikan pendapatan retribusi tersebut, dan menyampaikan laporan pelayanan yang diberikan.
2. Manfaat dirasakan oleh kedua pihak. Masyarakat terlayani dan tenaga bidan terserap/dapat didayagunakan.
3. Penghasilan diluar gaji pokok cukup besar. Bidan memperoleh penghasilan tambahan diperoleh dari jumlah kupon yang didapat dari pasien JPS (jaringan Pengaman Sosial) yang dilayani. Ditambah lagi perolehan dari pasien diluar kriteria pemegang kupon (Non JPS).
4. Bila mengajukan berhenti dari kontrak, tidak diharuskan membayar ganti rugi sebagaimana ketentuan PTT.

Kekurangan Model

Penghasilan di luar gaji pokok diperoleh tergantung jumlah sasaran yang dilayani (dengan menunjukkan kupon), untuk itu TPC harus bekerja aktif mencari pasien/ kliennya.

Bidan TPC memperbandingkan hak dan kewajiban yang berkaitan dengan kerja dan penghasilannya yang diperoleh dengan bidan PTT, Bidan PTT mempunyai penghasilan tetap dan tidak diberi target tertentu dalam melayani pasien sebagaimana bidan TPC.

Proyek SMP-FA dengan bantuan Bank Dunia akan segera berakhir pada tahun 2003 , sedangkan skenario kelanjutannya belum tersedia.

Kesimpulan

Model TPC memenuhi kebutuhan berbagai pihak. Program Nasional dapat terselenggara, pelayanan kesehatan merata, masyarakat terlayani dan tenaga bidan terdagunakan. Diantara beberapa kelebihan, terdapat kekurangan yang perlu diatasi.

Referensi

1. Biro kepegawaian Depkes R.I , 1998, petunjuk Teknis, Sistem kontrak berbasis kinerja bertarget dari Proyek Safe Motherhood, Buku no 2 Jakarta.
2. Biro Kepegawaian Depkes R.I Proyek Safe Motherhood-A Partnership and Family Approach.
3. Informasi lisan dan tertulis (jawaban kuesioner) dari :
 - ?? Kepala Bagian Tata Usaha Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, dan Propinsi Jawa Tengah.
 - ?? Kepala sub Dinas Bina Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, dan Propinsi Jawa Tengah.
 - ?? Staf Sub Dinas Bina Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. Dan Propinsi Jawa Tengah.
 - ?? Kepala Dinas Kesehatan Jombang–Jawa Timur, dan Kabupaten Brebes–Jawa Tengah.
 - ?? Para Bidan TPC di Kabupaten Jombang-Jawa Timur, dan Kabupaten Brebes–Jawa Tengah.
 - ?? Koordinator Bidan Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang-Jawa Timur, dan Kabupaten Brebes-Jawa Tengah.

Model Pendayagunaan Dokter Pasca –PTT Sebagai

DOKTER KELUARGA

Uraian Singkat

Dokter keluarga merupakan model yang ditujukan untuk memantapkan keberadaan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin di daerah pedesaan melalui pelayanan swasta . Dokter keluarga dimaksudkan untuk mendayagunakan dokter pasca-PTT di daerah sejalan dengan kegiatan Bapel JPKM (Badan Penyelenggara Jaminan Penyelenggaraan Kesehatan Masyarakat). Model dokter keluarga di Kabupaten Tuban Propinsi Jawa Timur dikembangkan untuk melayani pasien yang merupakan peserta JPKM di wilayah Kecamatan Kabupaten Tuban. Pasien mendatangi praktek swasta dokter yang bersangkutan dengan mempergunakan kartu JPKM untuk memperoleh pelayanan kuratif dengan mendapatkan obat generik.

Latar Belakang

Gagasan mengenai model ini timbul didorong oleh beberapa hal berikut ini :

- ?? Pemberlakuan otonomi daerah.
- ?? Misi Depkes menuju Indonesia Sehat 2010.
- ?? Bertambahnya jumlah tenaga dokter pasca PTT setiap tahun.

Konsep

Adanya kebutuhan peningkatan status kesehatan masyarakat melalui pemerataan pelayanan Agar dapat memenuhi kebutuhan tersebut dokter pasca-PTT yang belum mendapatkan ikatan kerja atau belum melanjutkan pendidikan kejenjang yang lebih tinggi, didayagunakan sebagai dokter yang melayani masyarakat miskin.

Dengan demikian tenaga dokter pasca-PTT tersalurkan dan dapat dipersiapkan menjadi PPK JPKM. Di pihak lain, model ini dapat membantu masyarakat dalam memberdayakan diri sendiri dalam mengatasi masalah kesehatannya setempat.

Mekanisme

Penentuan Jumlah dokter yang dikontrak

Dokter gigi yang telah mengikuti pelatihan dokter keluarga merupakan kriteria yang harus dipenuhi sebagai dokter keluarga.

Seleksi

Dilakukan oleh depkes bersama Organisasi Profesi (IDI)

Legal Aspect

Tidak didapatkan keterangan maupun referensi tentang ikatan kerja melalui kontrak ataupun SK.

Temuan

Masalah yang berkaitan dengan model ini

Masalah yang timbul berkaitan dengan model ini adalah belum memungkinkannya penerapan model ini Terutama dalam kondisi lingkungan/ sistem pelayanan kesehatan saat ini .Hal ini antara lain disebabkan adanya:

- ?? Anggapan masyarakat bahwa mahalnya biaya pelayanan akan turut meningkatkan prestise, sehingga pasien yang berasal dari keluarga mampu akan mencari pelayanan yang mahal.
- ?? Sistem kapitasi bagi dokter masih merupakan harapan. Hal ini didukung dengan belum adanya Badan Penyelenggara yang mampu mengkapitasi dokter dalam arti yang sebenarnya, Penyebab nya antar lain adalah jumlah peserta JPKM yang masih sangat sedikit.

Kelebihan Model

Seyogianya model Dokter Keluarga dapat memberikan kesempatan pada keluarga Miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukan secara wajar dari seorang dokter.

Kekurangan Model

- ?? Kepesertaan yang kecil mengakibatkan mahalnya sistem pelayanannya Fee For Service.
- ?? Sistem kapitasi bagi dokter belum terakomodasikan secara optimal.

Kesimpulan

Model ditunda sampai adanya UU JPKM , agar pelatihan Manajemen Dokter. Keluarga yang menghabiskan biaya besar itu tidak menjadi sia-sia.

Rekomendasi

Harapan dokter yang telah dilatih menjadi dokter keluarga antara lain agar :

- ☞ Ikatan dokter Indonesia cabang didaerah memberi tanggapan positif dengan memperkenalkan model ini secara proaktif.
- ☞ Jabatan Dokter keluarga pada perusahaan, PPK, JPKM, PPK ASURANSI diserahkan pada dokter pasca-PTT yang mempunyai lisensi.
- ☞ Melalui Depkes, dokter pasca-PTT yang telah diangkat sebagai PSN agar tidak merangkap sebagai PPK.
- ☞ Dokter pasca-PTT yang tidak melanjutkan pendidikan diberikan sarana bekerja sesuai keahliannya.

Referensi

Informasi lisan dan tertulis (Jawaban Kuesioner) dari :

- ☞ Kepala Sub Dinas Bina Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban.
- ☞ Dokter Keluarga yang dilatih.

Model Pedayagunaan Perawatan Gigi Sebagai

TENAGA TIDAK TETAP PROGRAM USAHA KESEHATAN GIGI SEKOLAH

Uraian Singkat

Sekolah Pengatur Rawat Gigi (SPRG) yang telah dikonversi menjadi Akademi kesehatan Gigi (AKG), selama ini secara rutin meluluskan tenaga perawat gigi. Sampai saat ini pemeliharaan kesehatan gigi perlu memperoleh perhatian mengingat prevalensi penyakit gigi di Indonesia masih tinggi dengan intensitas yang cukup tinggi pula. Untuk menanggulangnya diperlukan pendekatan sejak dini dalam pemeliharaan kesehatan gigi pada masyarakat. Dini dalam arti mulai usia muda (anak-anak) serta pemeliharaan sejak tahap awal penyakit gigi manifes didalam mulut.

Penyakit gigi bukan penyakit menular, dan tidak menimbulkan ancaman kematian secara mendadak. Namun apabila kehadiran penyakit gigi didalam mulut diabaikan maka dikemudian hari dapat menjadi masalah tersendiri yang akan berpengaruh terhadap berbagai aspek berbagai aspek kehidupan manusia.

Beberapa masalah yang dapat terjadi antara lain adalah , apabila penyakit ini menyerang anak-anak yang baru memiliki gigi geligi sulung, mereka menjadi kurang berminat untuk makan dan hal ini akan menyebabkan terlambat masuknya nutrient yang bermanfaat untuk tumbuh kembang anak pada akhirnya nanti akan mengakibatkan perkembangan otak, fisik maupun kepribadian anak menjadi tidak maksimal yang bermuara pada rendahnya mutu kualitas SDM dikemudian hari. Disamping itu karena segan mengunyah menyebabkan pertumbuhan rahang terganggu sehingga dikemudian hari lengkung rahang menjadi tidak cukup tempat untuk gigi geligi tetap yang secara anatomis lebih besar dari gigi sulung. Akibatnya adalah gigi geligi tetap menjadi berdesakan dan berjejal-jejal.

Gigi geligi sulung terserang penyakit gigi mempunyai karakteristik menjadi penyebab utama terjadinya persistensi yaitu memberi tempat/ruang yang cukup bagi pertumbuhan gigi geligi tetap yang segera akan menggantikannya Akibatnya adalah gigi geligi tetap akan tumbuh diluar jalur yang tepat pada lengkung rahang , menyebabkan gigi berjejal. apabila hal ini sampai terjadi, akibatnya adalah sisa makanan sulit dibersihkan sebagai penyebab berjangkitnya penyakit gigi (karies) Akibat lainnya adalah apabila memerlukan upaya untuk meratakannya kembali akan memerlukan waktu yang cukup lama dan biaya yang tidak ringan. Disamping itu dapat juga menyebabkan rendah diri (minder) yang amat mengganggu bagi pertumbuhan jiwanya.

Latar Belakang

Penyakit gigi walaupun bukan menjadi penyebab kematian secara langsung serta bukan termasuk penyakit menular namun apabila tidak ditanggulangi sejak dini dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan, baik yang spesifik kesehatan gigi dan mulut maupun dapat menyebabkan penyakit sistemik (sebagai focal infection) yang pada akhirnya dapat mengancam jiwa manusia.

Upaya kesehatan gigi yang dilakukan dalam rangka pemeliharaan kesehatan gigi pada anak-anak merupakan suatu langkah strategis untuk mencapai kesehatan gigi dan mulut masyarakat yang optimal, sebagai kontribusi dalam mencapai Indonesia sehat 2010.

Disamping itu, seperti halnya dengan tenaga kesehatan lainnya para lulusan Sekolah Pengatur Rawat Gigi maupun Akademi kesehatan Gigi saat ini sangat kecil kemungkinannya untuk dapat diangkat sebagai pegawai negeri sehubungan dengan kondisi negara dewasa ini.

Bagaimana mengupayakan agar program kesehatan gigi dapat berjalan sesuai dengan yang direncanakan dan sekaligus dapat memberikan lapangan kerja bagi para lulusan Sekolah Pengatur Rawat Gigi dan Akademi kesehatan Gigi agar dapat bekerja sesuai dengan bidang profesinya.

Untuk itu Pusgunnakes telah melakukan studi tentang salah satu cara pendayagunaan perawat gigi yaitu dalam Usaha kesehatan gigi sekolah di kota Bandung yang merupakan inisiatif instansi pemerintah status sebagai pegawai negeri.

Tujuan

Diperolehnyalah satu cara sebagai model tentang pendayagunaan perawat gigi oleh instansi pemerintah (dalam hal ini sekolah Dasar Negeri) pada program Usaha kesehatan Gigi tanpa mengangkatnya sebagai pegawai negeri.

Konsep

Pelayanan kesehatan gigi oleh perawat gigi yang bekerja sebagai pelaksana program Usaha Kesehatan Gigi sekolah pada sekolah Dasar Negeri, Dimana mereka mempunyai tugas memelihara kesehatan gigi anak sekolah sesuai dengan kewenangannya serta merujuk kasus yang diperlukan kepada sarana pelayanan kesehatan yang lebih berwenang.

Dalam hal ini usaha kesehatan gigi sekolah merupakan sarana pelayanan kesehatan gigi yang berada di lingkungan sekolah Dasar Negeri sebagai bagian dari kegiatan rutin sekolah.

Adapun Status perawat gigi disini adalah sebagai pegawai tidak tetap dan tidak diangkat sebagai pegawai negeri, yang mempunyai tugas melaksanakan pemeliharaan kesehatan gigi melalui program usaha kesehatan gigi sekolah dengan memperoleh imbalan gaji yang memadai dari sekolah Dasar negeri setempat.

Mekanisme

Administrasi

Suatu keberhasilan dalam meyakinkan pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi pada anak sekolah kepada pimpinan Sekolah Dasar Negeri. Hal ini merupakan inisiatif dari almamater (Akademi Kesehatan gigi) dalam usaha menjual lulusan atau mempromosikan " jasa apa " yang dapat diberikan kepada sekolah dasar, yang juga merupakan wujud tanggung jawab almamater terhadap masa depan para lulusannya.

Teknis

Pelaksanaan program Usaha Kesehatan gigi sekolah yang dilakukan oleh perawat gigi merupakan upaya promotif dan preventif serta pelayanan rujukan. Pengadaan bahan dan alat yang diperlukan seluruhnya ditanggung oleh sekolah. Para siswa mendapatkan kesempatan secara bergilir dan rutin untuk memperoleh pemeliharaan kesehatan gigi, yang terdiri dari pemberian penyuluhan kesehatan, pemeriksaan rutin, skaling, kegiatan sikat gigi masal, fissure sealant, pencabutan gigi sulung dengan topikal anestesi, dan penambalan karies dengan Atraumatic Restorative Treatment (ART) maupun dengan amalgam. Apabila ditemukan kasus kesehatan gigi pada siswa yang berada diluar kemampuan dan kewenangan perawat gigi perlu dirujuk kepada sarana pelayanan kesehatan yang lebih berwenang.

Pembiayaan

Sumber dana untuk pengadaan bahan dan alat kesehatan gigi dan biaya operasional termasuk penggajian tenaga perawat gigi pada program usaha kesehatan gigi sekolah sepenuhnya diperoleh secara swadaya oleh sekolah Dasar Negeri. Anggaran tersebut sepenuhnya diperoleh dari iuran para siswa melalui prosedur yang resmi dan sah.

Pusat Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut (PPGM) kota Bandung (dahulu Dinas Kesehatan Kotamadya Bandung) telah mencoba membuat perhitungan tentang pembiayaan program Usaha Kesehatan Gigi sekolah di kota Bandung yang memiliki jumlah siswa sekolah dasar sebesar 220.000 orang Apabila seorang siswa dikenakan iuran rata-rata sebesar Rp. 1.000,- (seribu rupiah) setiap bulannya, akan tersedia anggaran sebesar Rp. 220.000.000,- (Dua ratus dua puluh juta rupiah) per bulan atau sebesar Rp. 2.640.000.000,- (dua milliar enam ratus empat puluh juta rupiah) setiap tahunnya. Suatu jumlah yang cukup dan dapat untuk membiayai program usaha kesehatan gigi sekolah seluruh kota Bandung. Namun setelah menyangkut anggaran sebesar itu, timbul masalah dengan DPRD setempat, Lembaga keuangan Daerah serta Dinas/Instansi terkait sampai saat ini tengah dilakukan pendekatan lintas sektor untuk mewujudkannya.

Temuan

Kelebihan

- ?? Apabila program usaha kesehatan gigi sekolah dapat berjalan dengan baik, berarti pemeliharaan kesehatan gigi anak terjamin.
- ?? Perawat gigi memperoleh lapangan pekerjaan, walaupun tidak ada harapan untuk dapat diangkat menjadi pegawai tetap.
- ?? Beban pemerintah atau instansi pemerintah tidak terlalu berat karena sumber pembiayaan diambil dari para siswa sendiri melalui iuran.

Kekurangan

- ?? Hubungan lintas sektor, antara bidang kesehatan dan pendidikan memerlukan pengertian dari kedua pihak tentang penting nya pemeliharaan kesehatan gigi sejak dini.
- ?? Pemungutan iuran dari siswa , terutama apabila menyangkut jumlah yang cukup besar, menimbulkan masalah tersendiri dan memerlukan proses administrasi keuangan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Administrasi keuangan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- ?? Tidak semua kepala sekolah memandang penting tentang dilakukannya upaya pemeliharaan kesehatan gigi bagi para siswanya.
- ?? Masih kurangnya kemauan dan kemampuan dalam pelaksanaan pendekatan kepada sekolah oleh Dinas Kesehatan setempat.

?? Pelaksanaan program pemeliharaan kesehatan pada umumnya menyita sebagian waktu belajar para siswa.

Kesimpulan

- ?? Usaha kesehatan gigi Sekolah merupakan program strategis baik dalam pendayagunaan tenaga perawat gigi maupun dalam pemeliharaan kesehatan gigi yang dimulai sejak dini.
- ?? Peran serta masyarakat dalam pembiayaan (dalam jumlah yang tidak terlalu besar) dalam usaha ini sangat membantu kelancaran program.
- ?? Diperlukan kemauan dan kemampuan instansi kesehatan terkait dalam melakukan pendekatan kepada sekolah, dengan mendahulukan pada sekolah yang komunikatif.
- ?? Cara atau model ini dapat dilaksanakan didaerah lain.

Modal Pendayagunaan Perawat sebagai

PERAWAT KONTRAK DESA

Uraian Singkat

Pembangunan berwawasan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010 memerlukan berbagai upaya dan sarana, diantaranya yang cukup penting adalah dalam pendayagunaan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan khususnya tenaga keperawatan amat dibutuhkan dalam melayani kesehatan masyarakat baik di pedesaan maupun di Rumah Sakit, Namun untuk memenuhi kebutuhan perawat tersebut menghadapi berbagai masalah yaitu antara lain dengan ditetapkannya kebijakan *zero peronnel growth* yang disebabkan oleh kemampuan pemerintah yang sangat terbatas dalam mengangkat pegawai, demikian pula dengan adanya kebijakan tentang desentralisasi (UU No 22 tahun 1999 tentang Otonomi daerah) yang mempunyai konsekuensi bahwa bidang kesehatan menjadi urusan rumah tangga pemerintah daerah sendiri. Kemudian akan menjadi masalah adalah bahwa sebagian besar daerah mempunyai pendapatan asli daerah (PAD) yang sangat kecil.

Sementara itu, berbagai sekolah dan Akademi kesehatan dibidang keperawatan tetap memproduksi tenaga kesehatan dalam jumlah yang besar. Dengan kondisi dan situasi seperti tersebut, cukup banyak lulusan sekolah dan akademi Perawat yang tidak terserap dan sulit mencari pekerjaan, yang pada akhirnya menjadi penganggur atau bekerja diluar bidangnya.

Bagaimana upaya pemerintah mengatisipasi masalah tersebut? Pusgunnakes telah mengadakan studi tentang bagaimana mempertemukan antara *supply* dan *demand* sehingga disatu pihak para lulusan memperoleh kesempatan kerja, dan di lin apihak kebutuhan tenaga perawat untuk pelayanan kesehatan masyarakat di daerah juga dapat terpenuhi.

Latar Belakang

Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan merupakan instansi yang paling berkepentingan dalam menghadapi masalah pendayagunaan tenaga perawatan yang diproduksi terus, namun pemerintah tidak lagi mempunyai kemampuan untuk mengangkat pegawai seperti tahun-tahun sebelumnya, Walaupun masyarakat juga diharap mendapat ikut berperan serta dalam masalah pendayagunaan tenaga perawat ini, tetapi setidaknya pemerintah perlu mempelopori cara bagaimana mendayagunakan lulusan sekolah dan Akademi perawat ini oleh pemerintah walaupun tanpa syarat harus mengangkatnya sebagai pegawai negeri.

Untuk itu, salah satu cara atau model yang telah dilakukan oleh pemerintah daerah propinsi Jawa Barat, juga pemerintah daerah kabupaten Brebes-Jawa Tengah, diharapkan dapat berguna sebagai referensi bagi daerah lain apakah ada kemungkinan penerapan model tersebut, baik secara menyeluruh, ataupun dengan melakukan modifikasi disesuaikan dengan kondisi dan situasi setempat.

Tujuan

Diperolehnya satu cara atau model dalam pendayagunaan tenaga perawat yang dilakukan oleh pemerintah daerah propinsi dalam rangka memenuhi kebutuhan sarana pelayanan kesehatan pemerintah, dengan catatan tanpa adanya jaminan untuk pengangkatan sebagai pegawai Negeri.

Konsep

Pendayagunaan tenaga perawat dengan cara membuat ikatan kerja sebagai pegawai tidak tetap, yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah. Untuk Jawa barat, pemerintah propinsi memegang inisiatif, Perawat kontrak tersebut kemudian didistribusikan ke kabupaten/kota untuk dipekerjakan pada sarana pelayanan kesehatan yang membutuhkan. Sedangkan

penggajiannya dibebankan kepada pemerintah daerah propinsi melalui anggaran pembangunan daerah (DIP Daerah). Untuk kabupaten Brebes-Jawa Tengah, kontrak dijalin dengan Dinas kesehatan setempat. Sedangkan sumber dana diambilkan dari penghasilan fungsional Puskesmas yang membutuhkan tambahan tenaga perawat.

Pemerintah daerah propinsi daerah Jawa Barat menyelenggarakan penerimaan tenaga perawat sebagai tenaga yang dikontrak oleh pemerintah propinsi untuk didayagunakan oleh pemerintah daerah kabupaten atau kota dalam rangka memenuhi kebutuhan sarana pelayanan kesehatan Dalam pelaksanaannya, ada beberapa perbedaan antara daerah kabupaten/kota satu dengan lainnya sesuai dengan kebutuhan masing-masing. Misalnya disatu kabupaten/kota perawat kontrak tersebut ditempatkan pada sarana pelayanan kesehatan ditingkat desa. Sedang ditempat lain diperkerjakan di rumah sakit.

Mekanisme Administratif

Pemerintah daerah membuka kesempatan kepada para perawat untuk mendaftar, Pemerintah daerah membuka kesempatan kepada para perawat untuk mendaftar dan mengikuti seleksi penerimaan pegawai tidak tetap dengan persyaratan tertentu. Setelah pendaftaran dan lamaran masuk, kemudian dilakukan seleksi bagi para pelamar.

Bagi mereka yang memenuhi persyaratan dan lulus seleksi, dapat diterima sebagai pegawai tidak tetap dan selanjutnya dilakukan penandatanganan naskah kesepahaman (MOU) antara pemerintah daerah dengan para perawat sebagai tenaga kerja yang dikontrak Naskah kesepahaman tersebut antara lain memuat tentang :

- ?? Masa berlakunya kontrak kerja yaitu selama satu tahun.
- ?? Sanggup ditempatkan diseluruh wilayah daerah bersangkutan.
- ?? Ketetapan gaji yang diperoleh selama kontrak kerja.
- ?? Tidak ada tuntutan untuk diangkat sebagai pegawai tetap.

Untuk propinsi Jawa Barat distribusi tenaga perawat yang telah menandatangani kontrak kerja, mengikuti mekanisme pemerintah seperti biasa yaitu dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk selanjutnya ditempatkan pada sarana pelayanan kesehatan yang membutuhkan.

Teknis

Sebagai perawat perlu memahami sepenuhnya tentang beberapa hal, antara lain tentang :
Lingkup kewenangan profesi keperawatan , agar tidak melampauinya,
Mematuhi peraturan perundang yang berlaku,
Menjunjung tinggi etika perawatan dimana saja mereka ditugaskan
System pelayanan kesehatan yang berlaku setempat untuk diindahkan,
Melaksanakan tugas sesuai dengan program pemerintah,
Kerjasama dengan tenaga kesehatan lain dalam pelaksanaan tugas.

Pembiayaan

Anggaran Proyek

Pemerintah propinsi Jawa Barat menyediakan anggaran proyek dari APBD Propinsi sesuai dengan DUP yang diajukan setiap tahunnya oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat.

Anggaran Rutin

Yang telah menerima bantuan tenaga perawat dari pemerintah daerah selanjutnya dapat mempekerjakannya sesuai dengan profesinya dalam rangka memenuhi jumlah kebutuhan perawat untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit atau Puskesmas setempat.

Mengingat gaji yang diterima oleh perawat kontrak kurang memadai , unit kerja yang memanfaatkan tenaga perawat tersebut memberikan insentif melalui anggaran rutinnya.

Temuan

Kelebihan

- ?? Pemerintah daerah tidak mempunyai beban untuk pengadaan belanja pegawai secara rutin.
- ?? Penyediaan dana untuk tenaga perawat kontrak disesuaikan dengan kemampuan keuangan daerah.
- ?? Dengan adanya MOU maka ada perlindungan baik terhadap pemerintah daerah maupun tenaga perawat kontrak (misalnya kemampuan pemerintah membayar dibawah ketentuan UMR yang ditetapkan , dsb).
- ?? Baik pemerintah daerah maupun tenaga perawat kontrak memperoleh keuntungan masing-masing. Pemerintah daerah memperoleh tenaga perawat dengan persyaratan ringan, sebaliknya tenaga perawat memperoleh pekerjaan setidaknya untuk sementara atau sebagai batu loncatan.

Kekurangan

- ?? Rasa tidak aman dikalangan perawat kontrak disebabkan oleh masa depan yang tidak menentu dimana tenaga pewart kontrak tidak ada jaminan akan diangkat menjadi pegawai tetap. Hal ini dapat menimbulkan berkurangnya gairah kerja yang berakibat pada penurunn mutu pelayanan.
- ?? Ada tenaga perawat kontrak yang melakukan pratik mandiri disatu tempat dengan melakukan pekerjaan yang diluar atau melampaui kewenangan profesinya.
- ?? Dapat terjadi kesenjangan antar sesama tenaga perawat yang bekerja pada satu sarasa pelayanan kesehatan dengan status dan cara penggajian yang berbeda.
- ?? Pemerintah daerah propinsi Jawa Barat mempunyai rencana untuk mengakhiri proyek ini pada tahun 2003, ini berarti para perawat kontrak kembali kehilangan lapangan kerja.
- ?? Pemerintah daerah Propinsi Jawa Barat meminta kepada pemerintah daerahkabupaten / Kota untuk mengambil alih beban pembiayaan program perawat kontrak tersebut , pemerintah kabupaten/kota rata-rata menyatakan belum atau tidak sanggup dengan alasan pendapatan Asli Daerah (PAD) yang masih belum memungkinkan. Mungkin perlu dicoba model seperti di kabupaten Brebes yang memanfaatkan penghasilan fungsional Puskesmas setempat.

Kesimpulan

- ?? Cara ini merupakan salah satu upaya dalam mendayagunakan tenaga perawat walaupun masih menjadi beban pemerintah daerah propinsi.
- ?? Pemerintah daerah kabupaten / kota menolak untuk mengambil beban biaya untuk program ini dengan alasan kemampuan keuangan yang belum memadai dalam rangka desentralisasi.
- ?? Secara psikologis ada perasaan tidak aman (*insecure feeling*) pada para perawat kontrak ini terhadap masa depannya yang tidak menentu.
- ?? Tetap adanya harapan bahwa pada suatu saat, apabila keadaan memungkinkan mereka dapat diangkat sebagai pegawai tetap.
- ?? Kondisi seperti ini mendorong para perawat mencari tambahan pendapatan dengan melakukan praktik mandiri disatu tempat, dan ini memerlukan pengarahan tentang batas-batas kewenangan dalam pelayanan perawatan kesehatan kepada masyarakat.

Model Pendayagunaan Perawat Sebagai

PEGAWAI TIDAK TETAP PADA

SARANA PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

Uraian Singkat

Sekolah Perawat Kesehatan dan Akademi Perawatan sampai saat ini masih terus memproduksi tenaga perawat, Walaupun pada kenyataannya lahan atau kesempatan kerja bagi tenaga ini terutama pada pemerintah sangat tidak berimbang dengan jumlah lulusan, Dilain pihak, bahwa sarana kesehatan rujukan masih kekurangan tenaga perawatan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan kepada masyarakat yang memerlukan.

Kebanyakan sarana pelayanan rujukan kesehatan rujukan pemerintah selama tiga dekade terakhir selalu atau terbiasa memperoleh Supply tenaga perawat dengan jumlah yang cukup dari pemerintah, yaitu dengan disediakannya formasi kepegawaian bagi perawat dari pemerintah pusat. Stelah berlakunya undang undang No 22 tahun 1999 tentang pemerintah didaerah, maka bidang kesehatan didesentralisasikan menjadi urusan rumah tangga daerah, termasuk pengadaan tenaga perawat ini.

Sebagian besar daerah kabupaten/ kota samapai saat ini masih belum mampu mengangkat sendiri pegawainya dengan alasan pensapatan asli daerah (PAD) yang belum memadai. Suatu pengalaman yang terjadi pada sarana pelayanan kesehatan rujukan yaitu RSU Cibabat di Cimahi yang telah memperkekerjakan perawat sebagai pegawai tidak tepat merupakan suatu model yang mungkin dapat dikembangkan didaerah lain.

Latar Belakang

Beberapa faktor sebagai alasan yang mendasar, yaitu era desentralisasi yang titik beratnya pada daerah kabupaten/kota, krisis ekonomi yang masih terus berkepanjangan dan rendahnya pendapatan asli daerah, menyebabkan sebagian besar pemerintah daerah kabupaten / kota memperoleh kesulitan dalam pengadaan perawat yang masih dibutuhkan oleh UPT-nya, yaitu RSU daerah dalam rangka pemeliharaan kesehatan masyarakatnya.

RSU Cibabat di Bandung–Jawa Barat , dan juga RS Pandan Aran di Boyolali–Jawa Tengah, sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan pemerintah telah mengambil inisiatif dalam pendayagunaan perawat untuk memenuhi kebutuhan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat.

Namun demikian nampaknya masih ada satu persyaratan yang perlu dipenuhi yakni status sarana pelayanan kesehatan rujukan sebagai unit kerja swadana agar dapat lebih memberikan keleluasaan dalam pengelolaan administrasi keuangannya. Selain hal tersebut diatas, satu syarat lain yang perlu dipenuhi adalah bahwa sarana pelayanan kesehatan rujukan tersebut tidak dijadikan sebagai salah satu sumber pendapatan daerah.

Demikian pula bahwa kesemuanya itu tetap tergantung kepada kebijakan pembuat keputusan yaitu pemerintah daerah setempat maupun pihak manajemen RSU daerah sendiri dalam mengelola unit kerjanya.

Tujuan

Diperolehnya suatu contoh atau modal dalam pendayagunaan tenaga perawat oleh instansi pemerintah, dalam hal ini oleh RSU daerah

Konsep

Sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan, RSU daerah mempunyai sumber pendapatan yang diperoleh dalam pelaksanaan kegiatannya memberikan pelayanan kepada masyarakat dari rawat jalan yang dapat berupa uang pendaftaran, jasa medik, jasa perawatan, pemberian obat, serta dari rawat inap.

Sebagai unit kerja swadana, RSU daerah mempunyai kewenangan mengelola sendiri mekanisme pengelolaan keuangannya. Didalam nya termasuk pengadaan bahan obat dan alat kesehatan yang diperlukan serta biaya operasionalnya terutama menyangkut kebijakan pendayagunaan tenaga perawat dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan di RSU. Biasanya ada hubungan positif antara semakin meningkatnya mutu pelayanan dengan meningkatnya pemasukan RSU.

Mekanisme

Administrasi

Setelah jatah formasi untuk pengangkatan pegawai baru tidak ada lagi serta terbatasnya jatah kontrak dari pemerintah propinsi maka untuk meningkatkan mutu pelayanan RSU daerah, diperlukan langkah-langkah administratif antara lain proses pengalihan status RSU daerah, menjadi unit kerja swadana, kemudian dapat melakukan rekrutmen tenaga perawat, sesuai dengan kebutuhan di RSU Pandan Aren , Jumlah perawat yang akan direkrut ditentukan bersama antara direksi dan kelompok perawat sendiri. Para perawat menentukan besarnya kebutuhan perawat tambahan berdasarkan beban kerja yang selama ini mereka alami di setiap unit-unit pelayanan. Sedangkan direksi memberikan masukan besarnya dana yang mungkin dapat digunakan untuk menjalin kontrak dengan perawat baru.

Penerimaan tenaga perawat melalui cara ini memberikan status perawat sebagai pegawai tidak tetap dengan besar gajinya ditetapkan melalui kesepakatan sebagaimana tercantum dalam naskah kesepahaman (MOU).

Teknis

Biasanya peminat dengan kemampuan mengangkat pegawai selalu tidak seimbang. Untuk itu dilakukan saringan masuk melalui antaranya adalah *fit and proper test* dibidang profesi perawatan

Mereka yang dapat diterima menjadi pegawai tidak tetap pada RSU daerah, kemudian ditempatkan sebagai tenaga fungsional sesuai dengan bagian RSU yang memerlukannya.

Kesempatan memperoleh insentif berupa tunjangan maupun kesempatan memperoleh pendidikan berkelanjutan disamakan dengan perawat dengan status kepegawaian yang berbeda.

Pembiayaan

Keseluruhan pembiayaan dalam rekrutmen pegawai yaitu sejak dimulainya pendaftaran, seleksi masuk kemudian pengajiannya menjadi beban anggaran rutin RSU daerah sepenuhnya.

Di RSUD Padas, gaji untuk perawat tidak tetap ini diambilkan dari jasa pelayanan keperawatan, Dana ini sebenarnya menjadi hak bagi para perawat, tetapi mereka rela untuk disisihkan guna mendanai gaji perawat tidak tetap agar beban kerjanya tidak menjadi terlalu berlebihan

Temuan

Kelebihan

- ?? Insentif dari RSUD yang diberikan dapat memberikan pendapatan yang setara dan sesuai serta dapat meredakan terjadinya kesenjangan sosial.
- ?? Pemerintah daerah kabupaten tidak perlu menanggung beban anggaran dalam pendayagunaan tenaga perawat.
- ?? RSUD pemerintah berhasil meningkatkan mutu pelayanannya sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan.
- ?? Kesempatan yang sama dalam memperoleh pendidikan berlanjutan bagi para perawat dengan status kepegawaian yang berbeda.
- ?? Perawat kontrak dapat menunjukkan prestasi kerja setingkat, bahkan kadang kala lebih tinggi, dari pada perawat lainnya.

Kekurangan

- ?? Dengan cara rekrutmen pegawai seperti ini, mempunyai konsekuensi logis adanya meningkatnya biaya untuk pengobatan dan perawatan di RSUD daerah kecuali jika dana diambilkan dari sumber-sumber lain yang tidak langsung berkaitan dengan beban pelanggan, seperti di RSUD Pandan Aran –Boyolali.
- ?? Adanya kesenjangan sosial antara tiga jenis status kepegawaian yaitu antara perawat sebagai PNS, perawat sebagai tenaga kontrak pemerintah propinsi dan perawat sebagai pegawai tidak tetap RSUD.
- ?? Cara rekrutmen tenaga perawat seperti ini hanya dapat dilakukan pada daerah yang relatif lebih baik status ekonominya, karena dengan begitu pemerintah daerah dapat memberikan status swadana pada RSUD tersebut.
- ?? Dalam wawancara dengan tenaga perawat tidak tetap (baik yang berstatus sebagai tenaga kontrak pemerintah propinsi maupun yang diangkat oleh RSUD, tetap mengharapkan kiranya pada suatu waktu kelak dapat diangkat sebagai pegawai tetap.

Kesimpulan

- ?? Cara atau model pendayagunaan tenaga perawat seperti ini sama sekali tidak membebani APBD.
- ?? Dalam sarana pelayanan kesehatan rujukan terdapat tiga jenis (status) kepegawaian perawat, yaitu sebagai tetap, tenaga kontrak pemerintah daerah propinsi dan pegawai tidak tetap yang diangkat oleh RSUD
- ?? Untuk menghindari kesenjangan sosial, perawat kontrak dan perawat yang diangkat sendiri oleh RSUD daerah diberikan perlakuan yang sama dengan perawat yang berstatus sebagai pegawai tetap, dalam pemberian insentif baik yang berupa tunjangan maupun dalam memperoleh pendidikan berkelanjutan.

Model Pendayagunaan Dokter Pasca – PTT Sebagai KEPALA PUSKESMAS

Uraian Singkat

Ketersediaan tenaga dokter untuk melengkapi sistem pelayanan kesehatan di tingkat Puskesmas semakin hari semakin langka. Salah satu model untuk mengatasi masalah ini adalah dengan mendayagunakan tenaga dokter yang sudah selesai menjalankan wajib kerjanya sebagai PTT. Mereka dapat diikat kembali dengan kontrak kerja yang baru. Sumber dana untuk keperluan ini dapat diambilkan dari penghasilan fungsional Puskesmas sendiri, atau dari sumber dana pemerintah daerah setempat.

Latar Belakang

Pengadaan tenaga fungsional melalui program PTT ternyata telah menyebabkan gejala kelangkaan tenaga dokter ditingkat Puskesmas. Dinas Kesehatan kabupaten Brebes pada tahun 2000 mengalami kekurangan sekitar 10 Orang tenaga dokter untuk dapat melakukan pelayanan kesehatan yang memadai ditingkat Puskesmas. setiap Puskesmas di kabupaten Brebes umumnya hanya dilengkapi dengan seorang tenaga dokter, yang juga bertugas rangkap sebagai kepala Puskesmas.

Atas inisiatif sendiri , pada tahun 2001 kepala Dinas telah memberanikan diri untuk mendayagunakan 2 orang dokter non-PNS sebagai tenaga fungsional, sekaligus merangkap sebagai kepala Puskesmas. Kedua orang dokter ini diikat dengan kontrak kerja yang berlaku untuk jangka waktu 1 tahun.

Sementara itu, Kepala Dinas juga telah berhasil melakukan pendekatan kepada pihak DPRD, maupun Pemda setempat. Untuk tahun anggaran 2002 Pemda telah setuju akan menjalin kontrak dengan 5 orang tenaga dokter untuk menutupi kekurangan tenaga pelayanan kesehatan ditingkat Puskesmas.

Konsep

Sejak terbitnya kebijakan pemerintah untuk tidak lagi mengangkat pegawai tetap. Setiap unit Puskesmas telah dihadapkan dengan berbagai masalah ketenagaan , khususnya tenaga fungsional dokter. Program PTT tidak sepenuhnya dapat memenuhi kebutuhan tenaga dokter Puskesmas, Utamanya dari segi kontinuitas ketersediaan tenaga dokter di lapangan.

Keadaan semacam ini telah memaksa pihak dinas kesehatan di tingkat kabupaten/ kota untuk berani mengambil inisiatif sendiri . mereka harus berusaha untuk dapat memenuhi kebutuhan tenaga dokter, demi mempertahankan kelangsungan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas.

Hambatan utama dalam pengadaan tenaga dokter oleh pihak kabupaten /kota adalah belum adanya kebijakan , maupun peraturan perundangan yang dapat dijadikan sebagai pedoman pelaksanaannya, Masalah kelangkaan tenaga dokter merupakan masalah baru dalam lingkungan pemerintahan, sehingga semua pihak terlihat masih gampang dalam mencari pemecahannya.

Namun demikian , Gerakan "Good Governance " yang dilancarkan oleh pemerintah pusat dapat dijadikan sumber inspirasi untuk menemukan pemecahannya. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes telah mengambil inisiatif untuk mengikat kontrak dengan tenaga dokter lepas, yaitu yang telah selesai menyelesaikan program PTT, untuk mengisi kekosongan tenaga dokter ditingkat Puskesmas.

Hambatan kedua adalah masalah keterbatasan sumber dana tidak ada satupun pemerintah Kabupaten/Kota yang memiliki cukup sumber dana untuk menyediakan tenaga dokter Puskesmas Tenaga dokter adalah tenaga yang mahal. Namun demikian, masih terdapat beberapa sumber dana, meskipun jumlahnya dangat terbatas yang masih dapat digunakan untuk mendanai kontrak jangka pendek . Dinas Kesejahteraan Kabupaten Brebes telah memanfaatkan pendapatan fungsional Puskesmas untuk mendanai kontrak tenaga Dokter.

Tujuan

Mengatasi kekurangan tenaga fungsional dokter dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ditingkat Puskesmas.

Mekanisme

Tenaga yang dipilih adalah dokter pasca –PTT yang pernah bertugas di kabupaten Brebes . Mereka dipilih berdasarkan " Track Record " ketika menjalani tugas sebelum nya sebagai dokter PTT.

Tenaga dokter ini diikat sebagai tenaga kontrak dengan Dinas Kesehatan Selama 1 Tahun ,mereka memiliki beban tugas dan kewenangan jabatan seperti layaknya sebagai tenaga dokter PTT lainnya.

Pembiayaan

Sumber dana untuk kontrak dokter ini diambil dari pendapatan fungsional Puskesmas setempat.

Temuan Kelebihan

- ?? Pendekatan semacam ini tentu dapat dengan cepat mengatasi persoalan kekurangan tenaga dokter dalam menjaga kelangsungan pelayanan kesehatan ditingkat puskesmas.
- ?? Keberanian Dinas Kesehatan untuk mendayagunakan tenaga dengan basis kontrak jangka pendek tentu akan membawa preseden yang baik bagi pemerintah daerah setempat. Kekurangan tenaga aparatur di tingkat Kabupaten bukan hanya menyangkut tenaga dokter saja. Masih banyak jenis-jenis tenaga lain yang juga belum tersedia, padahal sangat dibutuhkan untuk mendorong dinamika pembangunan daerah .Mereka sekarang dapat mulai mempertimbangkan pengadaan tenaga-tenaga lain dengan model kontrak jangka pendek seperti dokter Puskesmas ini.
- ?? Pemanfaatan penghasilan fungsional dari unit yang bersangkutan untuk membiayai pengadaan tenaga juga merupakan model yang baik untuk memupuk keberanian unit-unit pelayanan lainnya untuk terus meningkatkan pelayanannya kepada masyarakat, kelangkaan tenaga tidak boleh lagi menjadi alasan bagi rendahnya mutu pelayanan publik.

- ?? Kehadiran tenaga dokter tentu akan dapat mendorong terjadinya peningkatan pendapatan fungsional Puskesmas itu sendiri . dengan adanya tenaga dokter masyarakat pelanggan akan menjadi lebih percaya kepada pelayanan Puskesmas ,Mereka akan lebih sering memanfaatkan Puskesmas dan berarti akan terjadi kenaikan pendapatan fungsional Puskesmas jadi penggunaan penghasilan fungsional untuk mendanai pengadaan dokter akan kembali dengan sendirinya.
- ?? Kelebihan yang lain adalah tetap terbukanya lapangan kerja bagi para dokter pasca PTT. Jika model ini juga diterapkan bagi pengadaan jenis-jenis tenaga lainnya maka berarti pemerintah daerah juga telah membuka banyak lapangan kerja.

Kekurangan

- ?? Pemecahan masalah kelangkaan tenaga dokter dengan pengadaan dokter kontrak ini tentunya hanya bersifat simptomatis persoalan yang lebih mendasar adalah bagaimana menumbuhkan kemampuan daerah untuk mampu mengembangkan konsep dan pendekatan yang lebih sistematis dalam mengatasi kelangkaan berbagai jenis tenaga aparaturnya.
- ?? Selama ini banyak tenaga dokter yang menerima tugas rangkap sebagai kepala Puskesmas sehingga juga harus bertanggung jawab atas manajemen operasional Puskesmas Pengalaman selama ini menunjukkan bahwa tenaga dokter kontrak (yaitu dokter PTT) banyak mengalami kesulitan untuk menyesuaikan diri dengan tugas rangkap ini. Dari hal ini dapat ditarik pelajaran bahwa sebaiknya tenaga teknis (seperti dokter kontrak ini) tidak dilibatkan dalam tugas-tugas manajerial

Kesimpulan

- ?? Kelangkaan tenaga dokter Puskesmas dapat diatasi dengan mendayagunakan tenaga dokter pasca-Ptt melalui model kontrak jangka pendek.
- ?? Sumber dana untuk kontrak dapat diambil dari penghasilan fungsional puskesmas bersangkutan. Model pendanaan semacam ini bersifat selfrevolving, pada saatnya akan kembali lagi dengan sendirinya.
- ?? Tenaga dokter kontrak sebaiknya tidak dilibatkan dalam tugas-tugas manajerial,