



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS KEBIJAKAN PEMERATAAN  
DOKTER DAN DOKTER GIGI DI INDONESIA  
TAHUN 2009**

**TESIS**

**NAMA : FERDINAN S. TARIGAN  
NPM : 0706188486**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2009**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEBIJAKAN KESEHATAN  
Tesis, Juni 2009**

**Ferdinan S. Tarigan, NPM. 0706188486**

**Analisis Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi Di Indonesia  
Tahun 2009**

ix + 138 halaman, 11 tabel, 9 gambar, 4 lampiran

**ABSTRAK**

Walaupun sejak tahun 1992 telah diterapkan kebijakan penempatan dokter dan dokter gigi PTT tetapi penyebaran tenaga kesehatan khususnya dokter dan dokter gigi belum menggembirakan. Sekitar 25 - 40% Puskesmas tidak memiliki tenaga dokter, khususnya puskesmas yang berada di kawasan timur Indonesia dan daerah konflik. Penyebaran dokter dan dokter gigi belum merata khususnya di daerah di kawasan Indonesia Bagian Timur. Rasio Idealnya 100.000 jiwa dilayani 40 dokter, tetapi hanya 4 Propinsi yang mencapai rasio tersebut.

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan kualitatif untuk menganalisis kebijakan pemerintah pusat dalam pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia. Dalam penelitian ini data yang digunakan terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam. Data sekunder diperoleh melalui telaah dokumen. Data primer digali dari berbagai informan yang berkompeten, yakni: Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan RI, Biro Hukum dan Organisasi Departemen Kesehatan RI, Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan Badan PPSDM Depkes RI, Konsil Kedokteran Indonesia, Ditjen Dikti Depdiknas, Pengurus Besar IDI dan PDGI.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyusunan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi menjadi hal dilematis, ditengah-tengah issue pelanggaran Hak Azasi Manusia, sementara disisi lain masyarakat memerlukan pelayanan kesehatan, tanpa membedakan status ekonomi. Koordinasi antara stakeholders di tingkat pusat masih kurang optimal khususnya dalam penyusunan kebijakan serta monitoring implementasi kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi.

Daftar bacaan : 24 ( 1978 - 2008 )

**PUBLIC HEALTH PROGRAM  
HEALTH POLICY  
Thesis, June 2009**

**Ferdinan S. Tarigan, NPM. 0706188486**

**Analysis of Policy on Deployment Equity of Practitioner and Dentist in Indonesia in 2009**

ix + 138 pages, 11 tables, 9 pictures, 4 appendices

**ABSTRACT**

Since 1992, the temporary placement policy of general practitioner and dentist (PTT) has been applied even though its distribution, particularly dentists and general practitioner, is not satisfactory yet. Approximately 25 - 40% of local health centers do not have general practitioners, especially those in eastern part of Indonesia and regional conflict. Within its ideal ratio where 40 general practitioners served 100,000 inhabitants, only 4 provinces could fulfill it.

This is a qualitative approach research aimed at analyzing the central government policies on equity distribution of general practitioners and dentists in Indonesia. In this research, data used consists of primary data obtained through in-depth interview and secondary data obtained through document assessment. Primary data gathered from various competent informants, namely the Bureau Employee Affairs of Health Department, Bureau of Legal and Organization Affairs of Health Department, The Center of Human Resource Planning and Utility of Health, PPSDM Agency of Health Department, the Indonesian Medical Council, the General Directorate of High Education Ministry, the Indonesian Association of Medical Doctors, and the Dentist Association of Indonesia.

The results of research showed that these policies fall into a dilemma in the middle issue of human rights violations, while on the other side people need health care without distinction on economic status. Coordination between stakeholders at the central level is not optimal yet, particularly in the policies preparation and monitoring on the policy implementation.

References : 24 (1978 - 2008)



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KEBIJAKAN PEMERATAAN  
DOKTER DAN DOKTER GIGI DI INDONESIA  
TAHUN 2009**

Tesis ini diajukan sebagai  
salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh :  
**FERDINAN S. TARIGAN**  
NPM : 0706188486

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

**DEPOK, 2009**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : FERDINAN SAMSON TARIGAN

NPM : 0706188486

Mahasiswa Program : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Tahun Akademik : 2007

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi/tesis/disertasi<sup>\*)</sup> saya yang berjudul :

ANALISIS KEBIJAKAN PEMERATAAN DOKTER DAN  
DOKTER GIGI DI INDONESIA TAHUN 2009

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juli 2009



FERDINAN SAMSON TARIGAN

Keterangan :

<sup>\*)</sup> tuliskan sesuai dengan jenjang studi yang saudara ambil di FKM UI.

Surat pernyataan ini diketik ulang dan disisipkan kedalam skripsi/tesis/disertasi untuk kemudian diserahkan ke perpustakaan

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul

### **ANALISIS KEBIJAKAN PEMERATAAN DOKTER DAN DOKTER GIGI DI INDONESIA TAHUN 2009**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program  
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 02 Juli 2009

Pembimbing Tesis



(Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

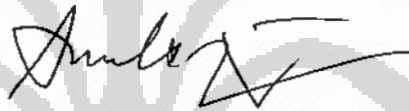
Depok, 02 Juli 2009

Ketua

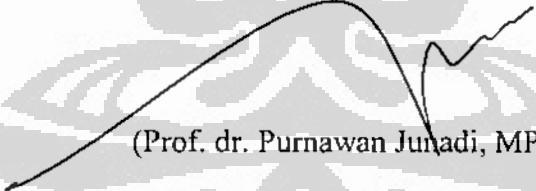


(Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS)

Anggota



(Prof. dr. Amal Chalik Sjaaf, SKM, Dr.PH)



(Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD)



( Hardi Yusa, dr, Sp.OG, MARS)



(Sudung Nainggolan, MHSc)

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Ferdinan Samson Tarigan  
NPM : 0706188486  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Kekhususan : Kebijakan Kesehatan  
Angkatan : 2007  
Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

### **ANALISIS KEBIJAKAN PEMERATAAN DOKTER DAN DOKTER GIGI DI INDONESIA TAHUN 2009**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 02 Juli 2009



(Ferdinan S. Tarigan)



## RIWAYAT HIDUP

Nama : Ferdinan Samson Tarigan  
Tempat/Tanggal Lahir : Kisaran, 06 Pebruari 1977  
Alamat : Apt. Taman Semanan Indah, Tower Anggrek 505  
Jl. Dharma Kencana Blok A  
Kel. Duri Kosambi Kecamatan Cengkareng  
Jakarta Barat, 11750  
Status Keluarga : Belum Menikah

### Riwayat Pendidikan :

1. SD Panti Budaya, Kisaran lulus tahun 1989
2. SMP Panti Budaya, Kisaran lulus tahun 1992
3. SMA Negeri 1 Medan, lulus tahun 1995
4. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, lulus tahun 1999

### Riwayat Pekerjaan :

1. Desember 2000 – Maret 2004 : Dinas Kesehatan Kabupaten Way Kanan  
Lampung
2. Maret 2004 – Februari 2005 : Setditjen Bina Kesmas Depkes RI
3. Februari 2005 – Sekarang : Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “**Analisis Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi di Indonesia Tahun 2009**”

Terima kasih penulis sampaikan dengan penuh rasa hormat kepada Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS selaku pembimbing yang dengan segala kesibukannya masih meluangkan waktu kepada penulis dalam memberikan bimbingan, arahan, saran dan dukungan yang diperlukan penulis untuk penyusunan tesis ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Puput Oktamianti, SKM, MM selaku penguji dalam seminar proposal yang banyak memberikan arahan kepada penulis dalam perbaikan proposal tesis ini.
2. Prof. dr. Amal Chalik Sjaaf, SKM, Dr.PH selaku penguji seminar hasil dan sidang ujian yang sangat banyak memberikan arahan kepada penulis dalam perbaikan tesis ini.
3. Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD selaku penguji sidang ujian yang banyak memberikan arahan kepada penulis dalam perbaikan tesis ini.
4. Hardi Yusa, dr, Sp. OG, MARS dan Sudung Nainggolan, MHSc yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk hadir sebagai penguji luar pada ujian tesis penulis dan telah memberikan saran untuk perbaikan tesis ini.
5. Seluruh Pengajar Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat, yang telah memberikan tambahan ilmu pengetahuan kepada penulis sehingga memperkaya wawasan bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
6. Rasa hormat dan terima kasih buat Ayahanda dan Ibunda tercinta, Bpk. N. Tarigan dan Ibu Z. Barus, Kakanda tercinta Mei Linda Tarigan, SE. dan Monita Tarigan, ST beserta

Abang Kapten Jekson L. Sembiring, ST dan Immanuel Barus, ST, juga buat Keponakan tercinta Giani, Grace, Jelita, dan Juan yang telah mendoakan dan memberikan dorongan selama mengikuti pendidikan.

7. Kepada 11 (sebelas) Informan yang berasal dari intitusi: Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan RI, Biro Hukum dan Organisasi Departemen Kesehatan RI, Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan Badan PPSDM Departemen Kesehatan RI, Konsil Kedokteran Indonesia, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Depdiknas, Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia, yang telah bersedia memberikan data primer dan data sekunder untuk penyelesaian tesis ini.
8. Dr. Laksmi Dwiati, drg, MM, MHA (Kabag Pendidikan) dan Drs. Ungkap Rumahorbo, MSc (Kabag Registrasi) Set. Konsil Kedokteran Indonesia yang memberikan dukungan dan izin tugas belajar.
9. Teman-teman Alumni FKM USU yang sedang mengikuti tugas belajar S2 di FKM UI, Makmur, Hanna, Nikson, yang telah memberikan dukungan moril kepada penulis dalam penyelesaian tesis.
10. Teman-teman Sari, Ratna, Widi, dan Emil yang telah menjadi penyanggah baik di seminar proposal maupun seminar hasil yang telah memberikan masukan berarti dalam penyelesaian tesis.
11. Seluruh teman-teman mahasiswa Peminatan Kebijakan Kesehatan semester ganjil 2007 Alfian, Sondang, Wiwid, Imelda, Irwan, Yeyen, Herwansyah, Bhisma. Dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan tesis ini yang tak mungkin disebutkan satu persatu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu segala kritik dan saran sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis ini sehingga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Depok, Juli 2009

Penulis



Ferdinan S. Tarigan



## DAFTAR ISI

Judul	Halaman
<b>ABSTRAK</b>	
<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING</b>	
<b>LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI</b>	
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT</b>	
<b>RIWAYAT HIDUP</b>	
<b>KATA PENGANTAR</b>	i
<b>DAFTAR ISI</b>	iv
<b>DAFTAR TABEL</b>	vii
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	viii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	ix
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	8
1.3. Pertanyaan Penelitian	10
1.4. Tujuan Penelitian	10
1.4.1. Tujuan Umum	10
1.4.2. Tujuan Khusus	10
1.5. Manfaat Penelitian	11
1.5.1. Manfaat Aplikatif	11
1.5.2. Manfaat Metodologi	11
1.6. Ruang lingkup penelitian	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>13</b>
2.1. Konsep Kebijakan Publik	13
2.1.1. Kebijakan, Kebijakan Publik Dan Kebijakan Kesehatan	13
2.1.2. Beberapa Pertimbangan Dalam Mempelajari Kebijakan Publik	15
2.1.3. Proses Pembuatan Kebijakan	16
2.1.4. Analisis Kebijakan	21
2.2. Perencanaan Sumber Daya Manusia	25
2.2.1. Teknik-Teknik Peramalan Sebagai Instrumen Perencanaan	26
2.2.2. Rekrutmen	27
2.3. Skenario Pengembangan Tenaga Kesehatan	29
2.4. Konsep dan Teori Pemerataan	34
<b>BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI</b>	
<b>ISTILAH</b>	<b>38</b>
3.1. Kerangka Teori	38
3.2. Kerangka Konsep	38
3.3. Definisi Operasional	39

<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	<b>44</b>
4.1. Desain Penelitian	44
4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian	44
4.3. Informan	44
4.4. Pengumpulan Data	46
4.5. Manajemen Data	46
4.6. Analisis Data	48
<b>BAB V. HASIL PENELITIAN</b>	<b>49</b>
5.1. Keadaan Umum Wilayah Indonesia	49
5.1.1. Keadaan Geografi dan Demografi	49
5.1.2. Keadaan Ekonomi	51
5.1.3. Keadaan Politik dan Pemerintahan	51
5.1.4. Derajat Kesehatan	52
5.2. Pelaksanaan Penelitian	54
5.3. Hasil Penelitian	55
5.3.1. Karakteristik Informan	55
5.3.2. Tidak Meratanya Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi Di Indonesia	56
5.3.2.1. Pola Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi	56
5.3.2.2. Sumber Data Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi	58
5.3.2.3. Standard Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi	60
5.3.2.4. Proyeksi Kebutuhan Dokter dan Dokter Gigi	61
5.3.2.5. Dampak Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi yang Tidak Merata	63
5.3.3. Dukungan Stakeholders	64
5.3.3.1. Peran Masing-Masing Institusi Terhadap Pemerataan Dokter dan dokter Gigi	64
5.3.3.2. Tata Hubungan Kerja Institusi Terkait Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi	67
5.3.4. Sumber (Resources)	69
5.3.4.1. Sumber Dana/Modal	69
5.3.4.2. Sumber Tenaga/SDM	72
5.3.4.2.1. Respon Dokter dan Dokter Gigi Terhadap Besaran Insentif dan Waktu Masa Bakti	72
5.3.4.2.2. Faktor-Faktor Pertimbangan Dokter dan Dokter Gigi dalam Memilih Lokasi Penempatan	74
5.3.4.2.3. Kesiapan / Koordinasi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah	76
5.3.5. Proses Pembuatan Kebijakan	77
5.3.5.1. Penyusunan Agenda	77
5.3.5.1.1. LSM atau Media Massa Yang Peduli terhadap Issue Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi	79
5.3.5.2. Formulasi Kebijakan	80
5.3.5.3. Adopsi Kebijakan	83
5.3.5.3.1. Rekomendasi	86
5.3.5.3.2. Alasan Masa Bakti Sarjana Tidak diwajibkan	90
5.3.5.3.3. Alasan Kebijakan Masa Bakti Cara Lain	91
5.3.5.4. Implementasi dengan Peraturan Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain	91

5.3.5.4.1	Manfaat Pelaksanaan Masa Bakti bagi Dokter dan Dokter Gigi	94
5.3.5.5	Monitoring dan Evaluasi	95
5.3.5.5.1	Efektifitas Pelaksanaan PTT	96
5.3.6	Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi	97
<b>BAB VI. PEMBAHASAN</b>		<b>99</b>
6.1.	Tidak Meratanya Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi di Indonesia	99
6.1.1	Pola Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi	99
6.1.2	Sumber Data Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi	101
6.1.3	Standard Pemerataan dan Proyeksi Kebutuhan Dokter dan Dokter Gigi	104
6.1.4	Proyeksi Kebutuhan Dokter dan Dokter Gigi	107
6.1.5	Dampak Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi yang Tidak Merata	108
6.2	Dukungan Stakeholders	109
6.2.1	Peran masing-masing institusi terhadap pemerataan dokter dan dokter gigi	109
6.2.2.	Tata Hubungan Kerja Insitusi terkait Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi	112
6.3	Sumber (Resources)	113
6.3.1	Sumber Dana/Modal	114
6.3.2	Sumber Tenaga/SDM	115
6.3.2.1	Respon Dokter dan Dokter Gigi terhadap besaran Insentif Dana dan Waktu Masa Bakti	115
6.3.2.2	Faktor-Faktor Pertimbangan Dokter dan Dokter Gigi Dalam Memilih Lokasi Penempatan	117
6.3.2.3	Kesiapan/Koordinasi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah	118
6.4	Proses Pembuatan Kebijakan	119
6.4.1	Penyusunan Agenda	121
6.4.2	Formulasi Kebijakan	122
6.4.3	Adopsi	123
6.4.4.	Implementasi Kebijakan	127
6.4.5	Monitoring dan Evaluasi	130
6.5	Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi	131
<b>BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN</b>		<b>135</b>
7.1.	Kesimpulan	135
7.2.	Saran	137

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
Tabel 2.1	Kecendrungan Penyediaan Tenaga Medis dari tahun 1982 sampai Tahun 1997 dan Proyeksi Penyediaan sampai..... dengan Tahun 2010 .....	33
Tabel 2.2	Kebutuhan Tenaga Kesehatan Berdasarkan Indikator Sehat 2010 .....	33
Tabel 2.3	Perkembangan Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk Sampai dengan Tahun 2010 .....	34
Tabel 5.1	Jumlah Penduduk Menurut Provinsi Tahun 2005 .....	50
Tabel 5.2	Angka Kematian Bayi, Balita, dan Ibu Tahun 2002 – 2007 ..	53
Tabel 5.3	Pola Penyakit Penyebab Kematian Umum di Indonesia.....	53
Tabel 5.4	Pola 10 Penyakit Terbanyak di RSUD di Indonesia Tahun 2002	54
Tabel 5.5	Karakteristik Informan .....	56
Tabel 5.6	Keadaan Dokter dan Dokter Gigi Tahun 2006 dan Perkiraan Kebutuhan Penambahan Tenaga Kesehatan Tahun 2007 – 2010 .....	63
Tabel 5.7	Usulan Kebutuhan VS Realisasi Penempatan Residen Senior Tahun 2008 .....	71
Tabel 6.1	Besaran Insentif untuk Tenaga Medis dan Bidan .....	114



## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar		Halaman
Gambar 2.1.	Fase-fase dalam Proses Pembuatan Kebijakan .....	18
Gambar 2.2.	Model Sistem Kebijakan Easton .....	19
Gambar 2.3.	Kedekatan Prosedur Analisis Kebijakan dengan Tipe-Tipe Pembuatan Kebijakan.....	25
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	39
Gambar 6.1	Sebaran Surat Tanda Registrasi Dokter/Dokter Gigi/ Spesialis Per Propinsi Keadaan Tanggal 31 Desember 2008.....	100
Gambar 6.2	Alur dan Mekanisme Penyampaian Data Dasar Puskesmas ..	103
Gambar 6.3	Keterpaduan Data Dokter dan dokter Gigi dalam Rangka Registrasi Online .....	114
Gambar 6.4	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Migrasi Tenaga Kesehatan Di Negara Thailand Tahun 1997.....	117
Gambar 6.5	Bagan Konsep Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Strategis.	125

## DAFTAR LAMPIRAN

### Nomor Lampiran

1. Matriks Pengolahan Data
2. Presentasi : Kekacauan Sistem dan Manajemen Kesehatan : Potret Buram Layanan Kesehatan Gratis (Mental Model Pelayanan Kedokteran) oleh Farid Anfasa Moeloek
3. Matriks Rasio Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, dan dokter Gigi Spesialis berdasarkan Jumlah Penduduk per Propinsi s/d Tanggal 31 Desember 2008.
4. Matriks Rekapitulasi Pengangkatan Dokter Umum PTT Tahun 2008



# BAB I

## PENDAHULUAN

### I.1 Latar Belakang

Tidak meratanya penyebaran dokter berdampak pada sulitnya mendapat akses pelayanan kesehatan yang berkualitas. Apabila hal ini berlanjut terus maka tujuan kesehatan *health for all* tidak akan tercapai. Umumnya jumlah dokter berdomisili di perkotaan jauh lebih besar dibandingkan di pedesaan. (Wibupolprasert, 1999)

Penyebaran dokter yang tidak merata masih terjadi di negara maju seperti Amerika. Kurangnya tenaga dokter khususnya dokter spesialis yang mau bekerja di pedesaan menyulitkan golongan usia lanjut, yang semakin meningkat jumlahnya, mendapatkan pelayanan kesehatan. Dokter yang bekerja di daerah pedesaan hanya 10% dari jumlah dokter, padahal penduduk yang tinggal di pedesaan mencapai 25% dari jumlah penduduk. (Larson, 2008)

Jumlah dokter spesialis yang terus meningkat di perkotaan Amerika juga berdampak pada meningkatnya biaya pelayanan kesehatan. Kualitas seorang dokter spesialis akan berkurang apabila dia mengerjakan kasus-kasus yang rendah kualitas spesialisiknya. Kasus-kasus spesifik diperlukan dokter spesialis untuk menjaga keahliannya. Sebagai contoh: meningkatnya dokter spesialis terlihat dari meningkatnya jumlah *coronary artery bypass graft (CABG) surgeries* yang seharusnya tidak perlu dilakukan. Ada 7 (tujuh) orang kardiologist per 100.000 jiwa pada tahun 1995 dan diperkirakan akan meningkat menjadi 8-9 orang pada 5 (lima)

tahun ke depan. Padahal dalam pelayanan kesehatan ratio ideal kardiologist per 100.000 jiwa adalah 3 – 4 orang.(McEldowney,1995)

Meningkatnya jumlah dokter spesialis secara drastis yang bekerja di RS perkotaan di Amerika merupakan akibat penerapan kebijakan yang salah di Amerika. Pemerintah memberikan pinjaman, beasiswa, dan biaya kepada pihak Universitas sehingga terjadi peningkatan dari 94 menjadi 142 Fakultas Kedokteran. Pemerintah juga mensubsidi Rumah sakit pendidikan dan menggaji dokter residen di Rumah sakit pendidikan. Pada tahun 1961, 50 persen dokter di Amerika adalah dokter umum menurun menjadi 38 persen pada tahun 1992 karena dokter umum telah meningkat kompetensinya menjadi dokter spesialis. Jumlah dokter spesialis menjadi 62% dari total dokter di Amerika. Peningkatan jumlah kompetensi dokter spesialis terbesar terjadi pada tahun 1980, dokter spesialis di Unit Gawat Darurat meningkat 150 persen, radiology 118 persen, gastroenterology 85 persen, anastesi 63 persen, dan kardiologi 63 persen. (McEldowney,1995)

Distribusi dokter yang tidak merata juga terjadi di negara Meksiko. Pada tahun 1990 rata-rata 1 dokter melayani 217 orang di kota Meksiko, sementara di daerah miskin, negara bagian Chiapasm 1 dokter melayani 1370 orang. Padahal ada sebanyak 18.900 dokter yang pengangguran dan tidak bekerja dibidang medis yang tinggal di daerah perkotaan Meksiko pada tahun 1993. (Frenk, 1999)

Penelitian yang dilakukan di 21 negara anggota Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) tahun 2000 menyimpulkan bahwa semakin tinggi income seseorang semakin sering tingkat kunjungannya ke dokter spesialis. Keberpihakan pelayanan kesehatan pada orang kaya paling besar terjadi di negara Portugis, Finlandia, dan Irlandia. Hal ini menyebabkan dokter spesialis lebih banyak

berdomisili di daerah dengan income yang tinggi. (Doorslaer, Masseria, Koolman, 2006)

Hasil penelitian Wibulpolprasert dan Paichit Pengpaibon, Deputy Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand (2003) menganalisis terjadinya "*brain drain*" tenaga dokter pada tahun 1960 – 1975, setengah lulusan baru dokter di Thailand bermigrasi ke Amerika. "*Brain drain*" kembali terjadi tahun 1997 – 2000, saat krisis moneter terjadi di Thailand yang berakibat ratio tempat tidur dengan dokter turun dari 15.3 pada tahun 1998 menjadi 10.6 tahun 2000 dan juga berakibat perbedaan ratio dokter dengan penduduk di daerah miskin "*north eastern region*" dengan Bangkok menurun dari 13,8 kali tahun 1996 menjadi 10.5 kali tahun 2001 (Wibulpolprasert, 2003)

Di Thailand, pemerintah mengimplementasikan strategi peningkatan sosial dan pengakuan profesi untuk tenaga kesehatan yang bekerja di daerah terpencil. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan rasa percaya diri dan kepuasan dokter pedesaan dan mendorong mereka tetap tinggal di daerah pedesaan. Di Thailand, dokter pedesaan membentuk kelompok sosial sendiri, "*The Rural Doctor Society*" yang menyediakan program inovatif untuk mendukung dokter-dokter pedesaan. Kelompok sosial ini sangat diterima baik oleh masyarakat dan asosiasi profesi dokter. Penghargaan yang diberikan adalah "*annual hardship award*" diberikan kepada dokter terbaik yang bekerja di daerah terpencil dan di pedesaan. (Dussault, Franceshini, 2006).

Pemerintah Quebec, Canada, telah mengimplementasikan seperangkat kebijakan untuk mengontrol pertumbuhan dan memodifikasi struktur angkatan kerja medis dengan melakukan kontrol administrasi fakultas kedokteran dan menetapkan kuota spesialis berdasarkan kebutuhan regional. Pemerintah Brazil juga telah mengembangkan strategi, yang sekarang telah diadopsi lebih 80% Kabupaten/Kota, untuk membuka akses terhadap pelayanan kesehatan pada daerah miskin dan terpencil – sekitar 63 juta jiwa hingga tahun 2004. “*Family Health Teams*”, yang terdiri dari seorang dokter, seorang perawat, seorang tenaga kesehatan pembantu, dan 4-6 orang tenaga kesehatan masyarakat, dilatih dan dipekerjakan untuk menghadapi 85% masalah kesehatan di seluruh wilayah, dengan insentif menarik yang cukup meyakinkan tenaga kesehatan untuk bergabung. ( Dussault, Franceshini, 2006).

Kunci penentu keberhasilan strategi yaitu: lamanya menjadi prioritas agenda nasional, lamanya menjadi komitmen politik, integrasi berbagai upaya dengan berbagai sektor seperti pendidikan, pemerintahan, dan kemampuan untuk mengabungkan ekspektasi yang berbeda dari berbagai *stakeholders*. Penekanannya harus diletakkan pada membawa semua kepentingan *stakeholders* hingga tahap membangun *policy option*. ( Dussault, Franceshini, 2006).

Walaupun sejak tahun 1992 telah diterapkan kebijakan penempatan dokter PTT di Indonesia, penyebaran tenaga kesehatan khususnya dokter dan dokter gigi belum menggembirakan. Sekitar 25-40% Puskesmas tidak memiliki tenaga dokter, khususnya puskesmas yang berada di kawasan timur Indonesia dan daerah rawan konflik. (Adisasmito, 2007)

Penelitian yang dilakukan terhadap 24 Dokter Spesialis yang memperoleh beasiswa menyimpulkan sebagian besar dokter spesialis ikatan dinas menolak untuk penempatan karena motivasi, dan komitmen rendah. Kendala yang membuat responden menolak penempatan ikatan dinas karena waktu ikatan dinas lama minimal 4-5 tahun, situasi, kondisi dan lingkungan tempat kerja tidak sesuai, fasilitas tidak memadai, faktor keluarga, ditarik jadi staf pengajar, dan kurangnya informasi tentang daerah penempatan. Menurut sebagian responden, sanksi yang diberikan sangat berat dan tidak sesuai dengan beasiswa yang diberikan sehingga perlu adanya evaluasi tentang kebijakan yang sekarang berlaku. (Mustikowati, 2006).

Indikator penyebaran dokter dapat dinilai dari jumlah dokter berbanding 100.000 penduduk. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003, ratio ideal dokter berbanding 100.000 jiwa adalah 40. Pada tahun 2003, di Indonesia ratio dokter per 100.000 jiwa adalah 18 sementara negara Malaysia 70, Norwegia 313, Inggris 230, dan Amerika Serikat 256. (Depkes, 2003; WHO, 2003 dikutip dari Sistem Kesehatan, Adisasmito 2007)

Sampai dengan 31 Desember 2007, Ratio dokter berbanding 100.000 jiwa di Indonesia adalah 25,7 , untuk dokter spesialis 7,0, dokter gigi 7,7, dan dokter gigi spesialis 0,6. Ratio ini masih jauh dari ratio ideal yang diharapkan. Disamping ratio yang masih rendah penyebarannya pun sangat bervariasi di masing-masing Propinsi. Hanya beberapa propinsi yang telah mencapai ratio ideal dokter berbanding 100.000 jiwa penduduk, yaitu DKI Jakarta (108,2), Bali (46,7) Sulawesi Utara (55,5), DI Yogyakarta (47,2), selebihnya masih di bawah 40 per 100.000 jiwa. (KKI,2007)

Pada Tahun 1991, Pemerintah telah mengambil kebijakan pemerataan dan peningkatan pelayanan kesehatan dengan menyebarluaskan dokter dan dokter gigi ke seluruh pelosok tanah air, melalui penetapan Keputusan Presiden nomor 37 Tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter sebagai pegawai tidak tetap. Upaya yang dilakukan antara lain:

1. *Dokter diwajibkan melaksanakan masa bakti.*
2. *Dokter PTT yang ditempatkan di daerah terpencil, disamping menerima haknya diberikan pula tunjangan khusus dan prioritas pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil (Pasal 9 ayat 2)*
3. *Dokter PTT yang telah melaksanakan masa bakti dapat menjadi Pegawai Negeri Sipil, Prajurit ABRI, Karyawan Swasta, Praktek Swasta perorangan, atau melanjutkan pendidikan spesialisasi. (Pasal 11)*
4. *Jangka waktu pelaksanaan dokter sebagai Pegawai Tidak Tetap ... tidak dapat di perpanjang”.. (Pasal 3 ayat 2)*

Tetapi sejak diberlakukannya Undang-Undang 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, PTT bukan merupakan suatu kewajiban, karena dokter dan dokter gigi yang telah lulus uji kompetensi, dapat memiliki Surat Tanda Registrasi sebagai salah satu persyaratan memperoleh Surat Izin Praktik.

Upaya yang dilakukan Departemen Kesehatan saat ini untuk meningkatkan minat dokter dan dokter gigi ditempatkan di daerah terpencil antara lain memberikan pengurangan masa kerja untuk daerah terpencil dengan lama penugasan adalah 1 (satu) tahun dan untuk daerah sangat terpencil adalah 6 (enam) bulan. Selain pengurangan masa kerja, juga diberikan insentif berupa uang yakni dokter/dokter gigi yang bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah sangat terpencil



memperoleh Rp. 5 juta per/bulan dan dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah terpencil/sangat terpencil memperoleh Rp 7,5 Juta/bulan. Hal ini diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 508/Menkes/SK/IV/2007 tentang Penetapan Lama Penugasan dan Besaran Insentif bagi Tenaga Medis dan Bidang Pegawai Tidak Tetap yang Bertugas pada Sarana Pelayanan Kesehatan. (Depkes RI,2007)

Upaya lain yang dilakukan pemerintah agar tersedianya dokter dan dokter gigi di Indonesia adalah memperpanjang masa kerja (usia pensiun) dokter dan dokter gigi yang bekerja penuh pada unit pelayanan kesehatan negeri hingga usia 60 (enam puluh) tahun. sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah RI Nomor 65 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Pemerintah Tahun 1979 tentang Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil

Pemerataan tenaga medis dokter dan dokter gigi tidak terlepas dari perkembangan ketatanegaraan saat ini. Pemberlakuan UU Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah, diubah menjadi UU Nomor 32 tahun 2004 dan UU Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah akan berpengaruh terhadap pelaksanaan pembangunan kesehatan. Desentralisasi upaya kesehatan memberi wewenang kepada kabupaten dan kota untuk menentukan sendiri prioritas pembangunan kesehatan daerahnya, sesuai dengan kemampuan, kondisi dan kebutuhan setempat. Dengan sendirinya keberhasilan pembangunan kesehatan di masa mendatang sangat bergantung pada kemampuan sumber daya tenaga di daerah. Sementara diketahui bahwa sebagian besar lulusan dokter dan dokter gigi diproduksi di wilayah Indonesia bagian Barat. Hal ini disebabkan sebagian besar fakultas kedokteran dan kedokteran gigi yang telah meluluskan dokter dan dokter gigi berada

di wilayah Indonesia Bagian Barat. Sehingga upaya percepatan lulusan dokter dan dokter gigi tidak akan banyak berdampak bila tidak dibarengi dengan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi yang proporsional dengan jumlah penduduk di masing-masing propinsi. (Depkes RI, KKI, 2007)

Pengalaman banyak negara menunjukkan dengan jelas bahwa bila desentralisasi dilaksanakan secara tergesa-gesa disertai dengan persiapan yang kurang matang baik dari segi konsep maupun operasionalnya, timbul kesulitan besar sekali dalam impleentasinya. Dalam era desentralisasi, kendali pemerintah pusat terhadap berbagai program akan berkurang secara drastis. (Depkes, 2000)

Kelemahan pembangunan kesehatan dari sudut tenaga kesehatan adalah menyangkut penyebaran yang belum merata, mutu pendidikan yang belum memadai, komposisi tenaga kesehatan yang timpang karena masih sangat didominasi tenaga medis serta kinerja dan produktivitas yang rendah. (Depkes,2000)

Koordinasi lintas sektor khususnya dengan Departemen Pendidikan Nasional dalam hal peningkatan jumlah empat dokter spesialis dasar yang sangat dibutuhkan oleh rumah sakit kabupaten untuk meningkatkan mutu pelayanannya masih kurang. Disamping itu, sistem peningkatan karier tenaga kesehatan menjadi hal yang sangat perlu dikembangkan. (Depkes, 2000)

## **1.2 Rumusan Masalah**

Menurut Kepmenkes Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 Ratio ideal dokter berbanding 100.000 penduduk adalah 40. Pada kenyataannya, hingga tanggal 31 Desember 2007, ratio rata-rata dokter berbanding 100.000 penduduk di Indonesia adalah 25,7 Kesenjangan ini semakin diperburuk dengan perbedaan ratio yang

mencolok di tiap-tiap Propinsi. Ratio tertinggi berada di Propinsi DKI Jakarta yaitu 108,2 sementara terendah Propinsi Sulawesi Barat yaitu 7,9. Dari 33 Propinsi di Indonesia hanya 4 Propinsi yang mencapai ratio ideal tersebut, yaitu: DKI Jakarta, Bali, Sulawesi Utara, dan DI Yogyakarta. (KKI, 2007)

Dibandingkan dengan negara tetangga dan negara lain, Indonesia jauh ketinggalan. Pada tahun 2003, rata-rata ratio dokter berbanding 100.000 penduduk di Indonesia mencapai 18, sementara Malaysia telah mencapai angka 70, Norwegia 313, Inggris 230, dan Amerika 256. (WHO,2003 dikutip dari Sistem Kesehatan, Adisasmito 2007)

Desentralisasi upaya kesehatan memberi wewenang kepada kabupaten dan kota untuk menentukan sendiri prioritas pembangunan kesehatan daerahnya, sesuai dengan kemampuan, kondisi dan kebutuhan setempat.

Di era desentralisasi, prioritas pembangunan kesehatan sangat tergantung dari kemampuan, kondisi, dan kebutuhan pemerintah daerah, sementara sesuai Undang-Undang No. 10 Tahun 2004, tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, peraturan/keputusan di tingkat departemen tidak masuk dalam hirarki perundang-undangan sehingga pemerintah daerah tidak memiliki kewajiban untuk mentaati peraturan tersebut, hal ini menghambat pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia.

Dari permasalahan tersebut, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah belum pernah dilakukan analisis kebijakan pemerintah pusat terhadap pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia.

### 1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana arah kebijakan pemerintah pusat dalam pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia di era desentralisasi?

### 1.4 Tujuan Penelitian

#### 1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan analisis kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia dengan pendekatan model sistem.

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran penyebaran dokter dan dokter gigi di Indonesia.
2. Diketuainya peran institusi non pemerintah (*stakeholders*) dalam mendukung kebijakan penyebaran dokter dan dokter gigi di Indonesia.
3. Diketuainya alokasi sumber dana sebagai *input (masukan)* dalam proses penyusunan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia
4. Diperolehnya gambaran sumber tenaga (SDM) sebagai *input (masukan)* dalam proses penyusunan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia
5. Diketuainya proses penyusunan agenda kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di institusi pemerintah
6. Diketuainya proses formulasi kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di institusi pemerintah
7. Diketuainya proses adopsi kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di institusi pemerintah
8. Diketuainya proses implementasi kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi oleh insititusi pemerintah

9. Diketuinya proses evaluasi terhadap kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di institusi pemerintahan.
10. Terinventarisasi peraturan terkait dengan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi yang telah terbitkan oleh pemerintah

### **1.5. Manfaat Penelitian**

#### **1.5.1 Manfaat Aplikatif**

1. Memberikan masukan kepada pemerintah baik pusat maupun daerah khususnya dalam proses analisis kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi dalam rangka pemerataan jasa pelayanan kedokteran di Indonesia.
2. Memberi masukan kepada *stakeholders* di tingkat pusat dalam memberikan dukungan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia
3. Memberi masukan kepada dokter dan dokter gigi lulusan baru dalam memilih lokasi bekerja di Indonesia

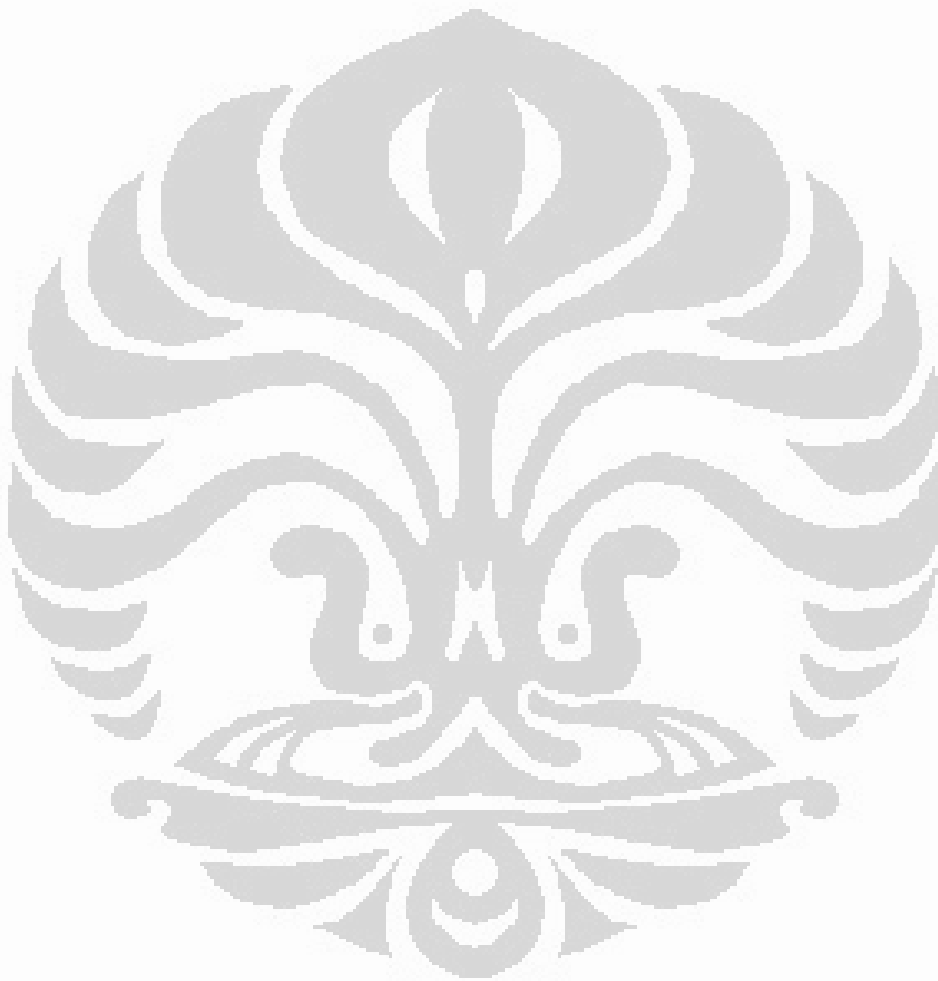
#### **1.5.2 Manfaat Metodologis**

Memberikan tambahan literatur kepada dunia akademik dalam analisis kebijakan kesehatan.

### **1.6 Ruang lingkup penelitian**

Penelitian mengenai analisis kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia akan dilaksanakan pada instansi pemerintahan beserta *stakeholders* di tingkat pusat yang mendukung kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia Tahun 2009.

Penelitian ini dilakukan dengan metode kualitatif karena peneliti ingin melakukan analisis lebih mendalam kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia dengan pendekatan Model Sistem. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret 2009 oleh peneliti sendiri.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Konsep Kebijakan Publik

##### 2.1.1. Kebijakan, Kebijakan Publik Dan Kebijakan Kesehatan

Defenisi Kebijakan menurut Leslie Pal dikategorikan menjadi dua macam, kategori pertama, defenisi yang lebih menekankan pada maksud dan tujuan utama sebagai kunci kriteria kebijakan. Kategori kedua lebih menekankan pada dampak dari tindakan pemerintah berkaitan dengan pemerintah tersebut. (Joko Widodo, 2008)

Defenisi kebijakan yang lebih menekankan pada maksud dan tujuan utama dapat diidentifikasi dari defenisi kebijakan menurut Harold D. Laswel, Abraham Kaplan, James Anderson, dan W.I Jenkins. Mereka berpendapat bahwa kebijakan publik diambil oleh pemerintah untuk menyelesaikan masalah yang menjadi perhatian masyarakat. Sementara Thomas R. Dye, Stuart H. Rakoff dan Guenther F. Schaefer, berpendapat bahwa kebijakan publik adalah apapun yang dilakukan oleh pemerintah (*public policy*) untuk merespon permintaan (*demand*).

Pengertian kebijakan yang lebih menekankan pada dampak diidentifikasi dari defenisi kebijakan menurut Richard Simeon dan Ira Sharkansky.

Leslie A. Pal mengemukakan bahwa kebijakan diartikan "*as a course of action or inaction chosen by public authorities to address a given problem or interrelated set of problems*".

Barker dalam bukunya *The Health Care Policy Process* (1996) menyatakan bahwa "kebijakan adalah serangkaian kegiatan, pernyataan, regulasi dan bahkan hukum yang merupakan hasil suatu keputusan-keputusan tentang bagaimana kita melakukan sesuatu". (Barker.C, 1996)

Definisi lain mengenai kebijakan dinyatakan oleh Friedrich yang dikutip oleh Agustino (2006) yang menyatakan bahwa "kebijakan adalah serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu di mana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesulitan) dan kemungkinan-kemungkinan (kesempatan-kesempatan) agar berguna dalam mengatasinya untuk mencapai tujuan yang dimaksud". (Agustino,2006)

Anderson dalam Agustino (2006) juga memberikan definisi kebijakan sebagai serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud/tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan.

Suharto (2005) mengidentikkan kebijakan publik dengan kebijakan sosial. Kebijakan sosial adalah seperangkat tindakan (*course of action*), kerangka kerja (*framework*), petunjuk (*guideline*), rencana (*plan*), peta (*map*) atau strategi, yang dirancang untuk menterjemahkan visi politis pemerintah atau lembaga pemerintah ke dalam program dan tindakan untuk mencapai tujuan tertentu di bidang kesejahteraan sosial.

Lebih lanjut, karena kebijakan publik merupakan keputusan politik yang dikembangkan oleh badan atau pejabat pemerintah, maka kebijakan publik mempunyai karakteristik khusus bahwa keputusan politik dirumuskan oleh "otoritas" dalam sistem politik yaitu para senior, kepala tertinggi, eksekutif, legislatif, para hakim, administrator, penasehat, para raja dan sebagainya. Mereka adalah orang-orang yang terlibat dalam urusan sistem politik yang mempunyai tanggung jawab terhadap suatu masalah tertentu, diminta untuk mengambil keputusan yang mengikat sebagian besar anggota masyarakat selama kurun waktu tertentu.



Kebijakan kesehatan dapat berupa kebijakan privat maupun kebijakan publik. Kebijakan kesehatan adalah serangkaian tindakan (atau non tindakan) yang mempengaruhi kumpulan lembaga, organisasi, perusahaan dan rencana pembiayaan sistem pelayanan kesehatan. Dapat dikatakan, kebijakan kesehatan merupakan hal di luar dari pelayanan kesehatan itu sendiri, termasuk tindakan yang dilakukan oleh pemerintah, swasta dan organisasi sukarela yang memberikan dampak bagi kesehatan. Hal ini berarti bahwa kebijakan kesehatan menitikberatkan pada dampak lingkungan dan sosioekonomi terhadap kesehatan khususnya pelayanan kesehatan. (Walt,1994, Buse, Mays, Walt, 2006)

#### **2.1.2. Beberapa Pertimbangan Dalam Mempelajari Kebijakan Publik**

Dalam mempelajari kebijakan publik, Dye dan Anderson yang dikutip oleh Agustino (2006) menyatakan bahwa ada tiga alasan yang melatarbelakangi, yaitu :

##### **1. *Scientific Reasons* (Alasan Ilmiah)**

Kebijakan publik dipelajari mulai dari proses, perkembangan dan akibat-akibat yang ditimbulkannya bagi masyarakat sehingga akan memperdalam pengetahuan tentang sistem politik dan masyarakat umumnya. Selain itu, kebijakan publik dapat dipandang sebagai variabel dependen dan variabel independen. Dikatakan sebagai variabel dependen bila kebijakan publik ditujukan kepada faktor politik dan lingkungan yang mempengaruhi isi kebijakan. Sebaliknya, kebijakan publik dikatakan sebagai variabel independen jika ditujukan kepada dampak kebijakan terhadap sistem politik dan lingkungan.

##### **2. *Professional Reasons* (Alasan Profesional)**

Alasan profesional dapat menjadi dasar jika pengetahuan ilmiah tentang kebijakan dapat diaktualisasikan dalam pemecahan masalah-masalah sosial.

Olehnya itu, orang yang menggunakan alasan ini harus mengerjakan sesuatu yang berguna tentang bagaimana individu, kelompok, atau pemerintah dapat bertindak untuk mencapai atau menyelesaikan tujuan suatu kebijakan.

### 3. *Political Reasons* (Alasan Politik)

Kebijakan publik dipelajari pada dasarnya agar setiap perundangan atau regulasi yang dihasilkan dapat tepat guna dalam mencapai tujuan yang sesuai target.

Pertimbangan ini pula yang mengarahkan pada upaya untuk memastikan bahwa pemerintah menggunakan kebijakan yang cocok untuk mencapai tujuan yang benar. Dalam hubungan dengan pertimbangan politis, munculah istilah advokasi kebijakan yang berhubungan dengan apa yang harus dikerjakan pemerintah, dengan kemajuan kebijakan bidang tertentu, melalui diskusi, pendekatan dan aktivitas politik. (Agustino 2006)

#### 2.1.3. **Proses Pembuatan Kebijakan**

Proses pembuatan kebijakan merupakan alur yang kompleks mulai dari identifikasi masalah sampai dengan evaluasi kebijakan. Proses pembuatan kebijakan merupakan suatu aktifitas politis yang divisualisasikan sebagai serangkaian tahap yang saling bergantung yang diatur menurut urutan waktu, yaitu :

1. Penyusunan agenda
2. Formulasi kebijakan
3. Adopsi kebijakan
4. Implementasi kebijakan
5. Penilaian Kebijakan (Dunn 2003)

Walt (1994) menyederhanakan rangkaian proses pembuatan kebijakan sebagai berikut :

1. Identifikasi masalah dan pengenalan isu
2. Formulasi Kebijakan
3. Implementasi Kebijakan
4. Evaluasi Kebijakan

Kingdon seperti yang dikutip oleh Walt (1994) menyatakan bahwa proses pembuatan kebijakan paling tidak terdiri atas :

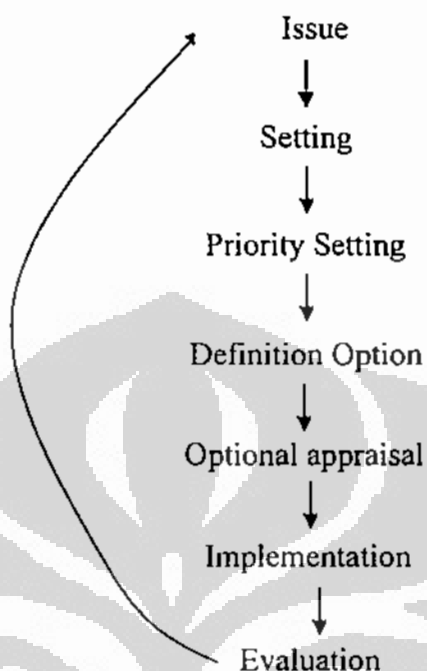
1. Setting agenda
2. Menspesifikkan alternatif-alternatif menjadi satu pilihan yang dibuat
3. Otorisasi pilihan kebijakan di antara beberapa alternatif spesifik
4. Implementasi keputusan

Hogwood dan Gunn seperti yang dikutip Walt (1994) memperkenalkan proses pembuatan kebijakan yang lebih detail, yaitu :

1. Pencarian isu dan setting agenda
2. Penyaringan isu
3. Definisi Isu
4. Peramalan
5. Setting tujuan dan prioritas
6. Analisis pilihan
7. Implementasi kebijakan, pemantauan dan pengawasan
8. Evaluasi dan peninjauan
9. Pemeliharaan, penggantian atau pengakhiran kebijakan

Barker (1996) menggambarkan proses pembuatan kebijakan melalui tahap-tahap berikut yang digambarkan sebagai berikut :

**Gambar 2.1. Fase-fase Dalam Proses Pembuatan Kebijakan**



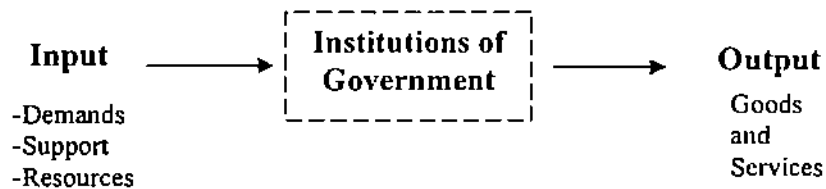
Sumber : Barker 1996, *The Health Care Policy Process*

Menurut Easton (1972) seperti dikutip dari Barker (1996) Kebijakan Pelayanan Kesehatan merupakan suatu sistem, dimana proses pembuatannya digambarkan sebagai berikut :

Salah satu model formulasi kebijakan yang melihat pelayanan kesehatan sebagai sistem adalah teori Easton (1965), seperti yang dikutip dari Walt (1994) dan Barker (1996). Dalam pendekatan ini dikenal beberapa komponen penting yaitu :

1. *Input* yang terdiri dari *demands, support, dan resources*
2. *Institutions of government*, yang dikenal dengan *black box of policy making*.
3. *Outputs* yaitu *goods and services* yang dihasilkan.

**Gambar 2.2 Model Sistem Kebijakan Easton**



Di tengah model sistem terdapat yang disebut *black box of policy making*, yang meliputi semua institusi pemerintah. Di luar pemerintah merupakan input terhadap sistem, yang menghasilkan *outputs* dalam bentuk kebijakan yang berbeda. (Walt G, 1994)

*Demands* (permintaan) dibuat oleh individu atau kelompok yang mencari kebijakan yang diinginkan. Sementara *Resources* (sumber daya) membantu pemerintah merespon terhadap *demand yang sedang dibuat*. Sumber daya dapat berupa tenaga kerja terlatih dan fasilitas pelayanan kesehatan.

*Support* (dukungan) lebih sulit di dapatkan, di berbagai negara dukungan disimbolkan dengan dukungan partai politik atau kandidat yang akan dipilih. Tetapi sangat tergantung dari kepedulian pemerintah yang memiliki kekuasaan secara legal, sehingga legitimasinya lebih dapat diterima.

*Demands, resources, and support menjadi masukan terhadap black box of policy making*- institusi yang memformulasi dan mengimplementasi kebijakan termasuk di dalamnya adalah pemerintah dan pemerintah daerah- dimana hasil dari kebijakan akan mempengaruhi barang dan jasa dan hal-hal simbolik dalam kehidupan. Kebijakan publik ini akan memberikan efek, dan menjadi umpan balik kepada masyarakat, dan kemungkinan membuat perubahan *demands*.

Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan Amerika Serikat membedakan masukan (input) berdasarkan tiga macam, yaitu :

## 1. Sumber

Sumber (*resources*) adalah segala sesuatu yang dapat dipakai untuk menghasilkan barang atau jasa. Sumber ini secara umum dapat dibedakan atas tiga macam, yaitu:

### a. Sumber tenaga

Sumber Tenaga (*labour resources*) dibedakan atas dua macam yakni tenaga ahli (*skilled*) seperti dokter, dokter gigi, bidan, perawat serta tenaga tidak ahli (*unskilled*) seperti pesuruh, penjaga malam dan pekerja kasar lainnya.

### b. Sumber modal

Sumber modal (*capital resources*) banyak macamnya. Jika disederhanakan dapat dibedakan menjadi atas dua macam yakni modal bergerak (*working capital*) seperti uang dan giro serta modal tidak bergerak (*fixed capital*) seperti bangunan, tanah dan sarana kesehatan.

### c. Sumber alamiah

Sumber alamiah (*natural resources*) adalah segala sesuatu yang terdapat di alam yang tidak termasuk sumber tenaga dan sumber modal.

## 2. Tata Cara

Yang dimaksud tata cara (*procedures*) adalah berbagai kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran yang dimiliki dan yang diterapkan.

## 3. Kesanggupan

Yang dimaksud dengan kesanggupan (*capacity*) adalah keadaan fisik, mental, dan biologis tenaga pelaksana. Secara umum disebutkan bahwa kesanggupan tenaga pelaksana dari negara yang telah maju lebih tinggi dari pada tenaga pelaksana dari negara yang masih terkebelakang. Mudah dipahami karena

memanglah keadaan kesehatan serta keadaan gizi masyarakat di negara yang telah maju, jauh lebih baik dari negara yang masih terbelakang. (Azwar, 1996)

#### 2.1.4. Analisis Kebijakan

Analisis kebijakan adalah suatu aktivitas intelektual dan praktis yang ditujukan untuk menciptakan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan tentang dan di dalam proses kebijakan. Proses analisis kebijakan mempunyai lima tahap yang saling bergantung yang secara bersama-sama membentuk siklus aktivitas intelektual yang kompleks dan tidak linear. Aktivitas-aktivitas tersebut berurutan sesuai waktunya dan melekat dalam proses kebijakan yang bersifat kompleks, tidak linear, dan pada dasarnya bersifat politis. (Dunn 2003)

Analisis kebijakan diambil dari berbagai macam disiplin dan profesi yang tujuannya bersifat deskriptif, valuatif dan preskriptif. Analisis kebijakan diharapkan untuk menghasilkan informasi dan argumen-argumen yang masuk akal mengenai tiga macam pertanyaan, yaitu :

1. **Nilai** yang pencapaiannya merupakan tolok ukur utama untuk melihat apakah masalah teratasi.
2. **Fakta** yang keberadaannya dapat membatasi atau meningkatkan pencapaian nilai-nilai.
3. **Tindakan** yang penerapannya dapat menghasilkan pencapaian nilai-nilai. (Dunn 2003)

Dalam menghasilkan informasi dan argumen-argumen dari pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas, seorang analis dapat memakai satu atau lebih dari tiga analisis di bawah ini:

1. Pendekatan Empiris

Pendekatan empiris ditekankan terutama pada penjelasan berbagai sebab dan akibat dari suatu kebijakan publik tertentu. Di sini pertanyaan utama bersifat faktual (apakah sesuatu itu ada ?) dan macam informasi yang dihasilkan bersifat deskriptif.

2. Pendekatan Valuatif

Pendekatan valuatif terutama ditekankan pada penentuan bobot atau nilai beberapa kebijakan. Di sini pertanyaannya berkaitan dengan nilai (berapa nilainya ?) dan tipe informasi yang dihasilkan bersifat valuatif.

3. Pendekatan Normatif

Pendekatan normatif ditekankan pada rekomendasi serangkaian tindakan yang akan datang yang dapat menyelesaikan masalah-masalah publik. Dalam kasus ini pertanyaannya berkenaan dengan tindakan (apa yang harus dilakukan ?) dan tipe informasi yang dihasilkan bersifat preskriptif. (Dunn 2003)

1. Teori Kelompok (*Group Theory*)

Teori kelompok mempunyai anggapan bahwa interaksi dari perjuangan di antara kelompok merupakan kenyataan dari kehidupan politik. Pada area ini, kebijakan publik sewaktu-waktu akan mencerminkan kepentingan kelompok dominan, serta sebaliknya pada kelompok non dominan. Sebagaimana kelompok akan mendapatkan dan kehilangan kekuasaan serta pengaruh, demikian juga kebijakan publik akan berubah dari kepentingan yang mendapat pengaruh melawan kepentingan yang kehilangan pengaruh.



## 2. Teori Elite (*Elite Theory*)

Dari sudut pandang teori elite, kebijakan publik dianggap sebagai nilai dan pilihan elite pemerintah semata. Teori elite memandang bahwa kebijakan publik diputuskan oleh suatu elite yang mengatur dan dipengaruhi oleh instansi pejabat publik. Kebijakan merupakan hasil keluaran elite yang mencerminkan nilai mereka dengan tujuan melayani mereka, salah satu yang mungkin merupakan keinginan publik adalah visi kesejahteraan massa.

## 3. Teori Proses Fungsional (*Functional Process Theory*)

Teori ini melihat pada bermacam-macam aktivitas fungsional yang terjadi dalam proses kebijakan. Kategori analisis fungsional yang akan bertindak adalah :

- a. Intelegensi : yaitu bagaimana informasi kebijakan yang menjadi perhatian dari pembuat kebijakan dikumpulkan dan diproses.
- b. Rekomendasi : yaitu bagaimana rekomendasi yang sesuai dengan masalah dibuat dan ditawarkan
- c. Preskripsi : yaitu bagaimana aturan umum dipakai atau diumumkan dan siapa yang menggunakannya
- d. Invokasi : yaitu siapa yang menentukan apakah perilaku yang ada bertentangan dengan peraturan atau hukum
- e. Aplikasi : yaitu bagaimana hukum atau peraturan sesungguhnya dilaksanakan atau diterapkan
- f. Penghargaan : yaitu bagaimana pelaksanaan kebijakan, keberhasilan atau kegagalannya diukur
- g. Penghentian : yaitu bagaimana peraturan atau hukum dihentikan atau diteruskan dengan bentuk yang diubah atau diperbaiki.

#### 4. Teori Kelembagaan (*Institutionalism Theory*)

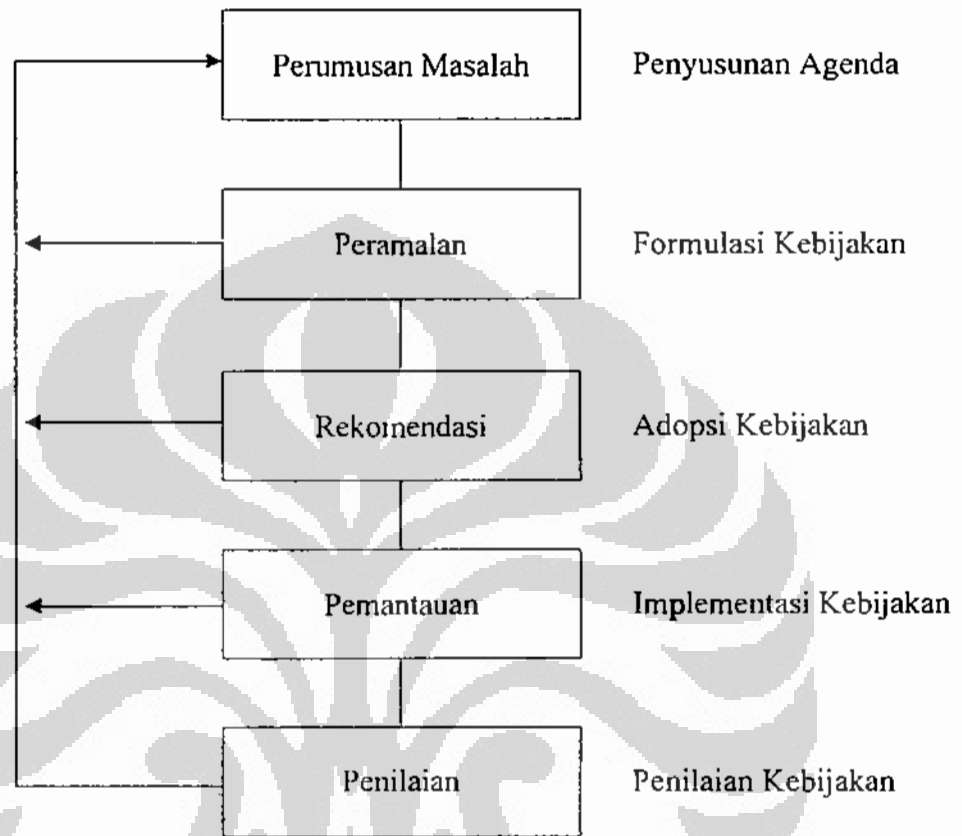
Teori kelembagaan menitikberatkan pada aspek formal atau struktural. Suatu lembaga merupakan sekumpulan pola perilaku manusia yang diatur dan berlangsung sepanjang waktu. Hal ini merupakan sekumpulan pola perilaku mereka yang berbeda yang sering disebut sebagai suatu aturan, struktur dan seterusnya yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dan isi kebijakan publik. (Agustino 2006)

Berdasar dari berbagai pendekatan tersebut di atas, metodologi analisis kebijakan menggabungkan lima prosedur umum yang lazim dipakai dalam pemecahan masalah manusia, yaitu :

1. Perumusan masalah (definisi), menghasilkan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah kebijakan.
2. Peramalan (prediksi), menyediakan informasi mengenai konsekuensi di masa mendatang dari penerapan alternatif kebijakan, termasuk tidak melakukan sesuatu.
3. Rekomendasi (preskripsi), menyediakan informasi mengenai nilai atau kegunaan relatif dari konsekuensi masa depan dari suatu pemecahan masalah.
4. Pemantauan (deskripsi), menghasilkan informasi tentang konsekuensi sekarang dan masa lalu dari diterapkannya alternatif kebijakan.
5. Evaluasi, menyediakan informasi mengenai nilai atau kegunaan dari konsekuensi pemecahan masalah. (Dunn, 2003)

Dalam kaitannya dengan tipe-tipe pembuatan kebijakan, prosedur analisis mempunyai hubungan seperti yang digambarkan di bawah ini :

**Gambar 2.3. Kedekatan Prosedur Analisis Kebijakan dengan Tipe-tipe Pembuatan Kebijakan**



Sumber : Dunn 2003, Pengantar Analisis Kebijakan Publik

## 2.2 Perencanaan Sumber Daya Manusia

Menurut Sondang P. Siagian perencanaan sumber daya manusia ialah langkah-langkah tertentu yang diambil oleh manajemen guna lebih menjamin ketersediaan tenaga kerja yang tepat untuk menduduki berbagai kedudukan, jabatan dan pekerjaan yang tepat pada waktu yang tepat, kesemuanya dalam rangka pencapaian tujuan dan berbagai sasaran yang telah dan akan ditetapkan. (Siagian, 2007)

Perencanaan sumber daya manusia pun perlu diawali dengan kegiatan inventarisasi tentang sumber daya manusia yang sudah terdapat dalam organisasi.

Inventarisasi tersebut antara lain menyangkut :

- a. Jumlah tenaga kerja yang ada
- b. Berbagai kualifikasinya
- c. Masa kerja masing-masing
- d. Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki, baik karena pendidikan formal maupun karena program pelatihan yang pernah diikuti
- e. Bakat yang masih perlu dikembangkan
- f. Minat pekerja yang bersangkutan, terutama yang berkaitan dengan kegiatan di luar tugas pekerjaannya sekarang.

### **2.2.1 Teknik-Teknik Peramalan sebagai instrumen Perencanaan**

Per definisi perencanaan mengandung sifat peramalan, dikatakan demikian karena secermat-cermatnya perencanaan dilakukan ia tetap tidak bebas dari ketidakpastian sebab faktor-faktor yang berpengaruh pada dan turut menentukan masa depan yang diinginkan sulit diidentifikasi secara pasti. Dengan melakukan analisis yang mendalam, risiko ketidakpastian dapat diperkecil. Minimalisasi dapat diusahakan dengan enam teknik peramalan, yaitu:

1. Ekstrapolasi (memproyeksikan kecenderungan-kecenderungan masa lalu ke masa depan)
2. Indeksasi (metode memperkirakan kebutuhan ketenagakerjaan di masa depan dengan menyesuaikannya dengan suatu indeks tertentu seperti ratio atau

perbandingan antara tenaga produksi dan tenaga penjualan dalam suatu perusahaan)

3. Analisis Statistik (instrument perencanaan jangka panjang yang digunakan untuk memperhitungkan perubahan yang mungkin terjadi sebagai penyebab bergesernya tuntutan terhadap kebutuhan yang akan sumber daya manusia)
4. Analisis Anggaran (Salah satu mata anggaran belanja pemerintah adalah belanja pegawai yang mencakup berbagai komponen seperti pembayaran upah dan gaji, pembayaran berbagai tunjangan - seperti tunjangan keluarga, tunjangan hari tua, tunjangan hari - seperti tunjangan keluarga, tunjangan hari tua, tunjangan hari raya, tunjangan jabatan, tunjangan transportasi, tunjangan kemahalan).
5. Analisis kegiatan baru, dan
6. Penciptaan model dengan bantuan komputer

Apabila rencana alokasi anggaran tersebut didasarkan pada berbagai teknik peramalan seperti ekstrapolasi, indeksasi dan lain-lainnya, diharapkan jumlah dan kualifikasi tenaga yang diperlukan sudah mendekati kebenaran.

### **2.2.2 Rekrutmen Tenaga Kerja**

Rekrutmen adalah proses mencari mencari, menemukan dan menarik para pelamar yang kapabel untuk dipekerjakan dalam dan oleh suatu organisasi). Proses rekrutmen dimulai pada waktu diambil langkah mencari pelamar dan berakhir ketika para pelamar mengajukan lamarannya. Artinya secara konseptual dapat dikatakan bahwa langkah yang segera mengikuti proses rekrutment, yaitu seleksi, bukan lagi merupakan bagian dari rekrutment. (Siagian, 2007)

Berbagai kendala dalam rekrutmen, biasanya dalam tiga bentuk yaitu: kendala yang bersumber dari organisasi yang bersangkutan, kebiasaan para pencari tenaga kerja sendiri dan faktor-faktor eksternal yang bersumber dari lingkungan dimana organisasi bergerak.

Faktor-faktor organisasional antara lain kebijakan promosi dari dalam, kebijakan tentang imbalan, kebijaksanaan di bidang kompensasi, kebijakan tentang status kepegawaian, serta rencana sumber daya manusia. Sistem imbalan dalam pengelolaan sumber daya manusia tidak terbatas hanya pada upah dan gaji saja, akan tetapi mencakup pula berbagai kompensasi material lainnya seperti berbagai bentuk tunjangan : tunjangan istri dan anak, tunjangan biaya pengobatan atau pemeliharaan kesehatan, tunjangan biaya hidup atau yang dikenal dengan tunjangan kemahalan, tunjangan jabatan – fasilitas angkutan, fasilitas perumahan, asuransi, bantuan biaya pendidikan dan bahkan juga hak cuti pada waktu mana seseorang tetap menerima penghasilan penuh.

Dalam merumuskan kebijakan organisasi tentang sistem imbalan bagi para karyawannya, empat hal biasanya dipertimbangkan, yaitu:

1. Kepentingan para anggota organisasi
2. Kemampuan organisasi yang bersangkutan memberikan imbalan pada tingkat tertentu
3. Keharusan menaati berbagai peraturan perundang-undangan.
4. Pertimbangan lokasi.

### 2.3. Skenario Pengembangan Tenaga Kesehatan

Dalam pengembangan tenaga kesehatan Departemen Kesehatan, telah menetapkan visi pengembangan tenaga kesehatan, yaitu: tersedianya tenaga kesehatan bermutu dan merata guna mewujudkan Indonesia Sehat 2010. Untuk mencapai visi pengembangan tenaga kesehatan, ada beberapa alternatif skenario pengembangan tenaga kesehatan, yang digunakan sebagai dasar pengutamaan upaya promotif dan preventif yang proaktif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. (Depkes, 2000)

Faktor atau determinan yang digunakan adalah luas atau sedangnya pemerataan pembangunan kesehatan dan luas serta sedangnya pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Dengan mendasarkan 2 faktor tersebut maka empat skenario yang diajukan, adalah:

- A. "Pemberdayaan dan Pemerataan Tenaga Kesehatan", atau dapat disebut skenario "Pengembangan Tenaga Kesehatan Indonesia Sehat 2010"
- B. "Pemberdayaan Tenaga Kesehatan"
- C. "Pemerataan Tenaga Kesehatan", dan
- D. "Pengembangan Tenaga Kesehatan seperti biasanya"

Pokok-pokok tentang empat skenario tersebut adalah sebagai berikut:

1. Skenario I, "Pemberdayaan dan Pemerataan Tenaga Kesehatan", Pengembangan Tenaga Kesehatan Indonesia Sehat 2010", fokus dalam skenario ini, yaitu:
  - 1) Pemberdayaan tenaga kesehatan terutama yang ada ditempat-tempat yang relatif maju seperti daerah-daerah perkotaan atau daerah-daerah pembangunan dengan tingkat sosial ekonomi yang telah maju lainnya.

- 2) Pemerataan tenaga kesehatan terutama pada tempat yang mengalami krisis atau daerah-daerah yang tingkat sosial ekonominya masih rendah.

Pada fokus 1) dipandang masyarakat sendiri sudah mampu untuk berperan dalam upaya promosi, prevensi, proteksi kesehatan dan juga upaya kuratif dan rehabilitasi. Pelayanan kesehatan perorangan atau masyarakat dari swasta dapat berkembang difokus ini, tetapi peran pemerintah dalam monitor diikutinya peraturan perundangan yang berlaku sangat penting. Tanpa adanya keseimbangan dua jenis upaya dan kemampuan ini, pada akhirnya masyarakat yang akan menderita.

Pada fokus 2) pendekatan “survival” sangat penting. Dalam daerah ini peran pemerintah wajib memberi perhatian khusus baik dalam manajemen upaya dan penyediaan sumber daya kesehatannya. Dalam hal ini pendayagunaan tenaga yang benar-benar menunjang untuk mengatasi keadaan sulit atau krisis tersebut harus diperhatikan tetapi pemerintah juga harus memperhatikan keadaan sosial ekonomi dan keamanan tenaga kesehatan tersebut, termasuk pula peningkatan kariernya.

#### B) Skenario II “Pemberdayaan Tenaga Kesehatan”

Dalam skenario ini menekankan pentingnya pemberdayaan dari masyarakat dalam pembangunan kesehatan, terutama dari masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi yang sudah cukup memadai dari biasanya di daerah-daerah perkotaan.

Apabila pemerintah kurang waspada atau cermat, maka akan terjadi distribusi tenaga kesehatan yang sangat tidak berimbang, dimana hampir semua tenaga kesehatan keinginannya hanya menetap di kota. Peningkatan karir tenaga secara keseluruhan perlu disusun sedemikian rupa sehingga dapat mengurangi kesenjangan tersebut. Bagi tenaga kesehatan yang bertugas di daerah dimana kesejahteraan tenaga tersebut sangat berat, pemerintah perlu membantu sepenuhnya, sehingga rasa



ketidakadilan yang ada diantara para tenaga kesehatan dapat dikurangi. Upaya monitoring dan pengawasan pengembangan tenaga kesehatan perlu .

### C) Skenario “Pemerataan tenaga kesehatan”

Dalam skenario ini menekankan pentingnya pemerataan tenaga kesehatan dalam mewujudkan pembangunan kesehatan yang adil dan merata. Pemerintah mengutamakan untuk mengatasi berbagai krisis yang timbul atau daerah yang keadaan sosial ekonomi sulit, termasuk keadaan kesehatannya yang berat.

Penentuan kebutuhan tenaga ini dapat dengan pendekatan “need”, beban kerja atau kalau terpaksa dengan pendekatan berdasarkan ratio terhadap penduduk atau fasilitas saja. Monitoring dan pengawasan daerah tersebut oleh pemerintah dan masyarakat penting untuk dilakukan sebaik-baiknya, untuk selanjutnya memberikan umpan balik pada perencanaan berikutnya.

Dalam pendayagunaan tenaga, pendistribusian tenaga kesehatan sangat penting baik oleh pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta sendiri. Penempatan tenaga ini perlu didukung sepenuhnya oleh pemerintah. Bila anggaran terbatas dapat pula melalui sistem kontrak untuk jangka pendek atau menengah.

Maksud pemerataan tenaga kesehatan melalui sistem PTT adalah baik, tetapi langkah-langkah penyelenggaraannya perlu ditinjau dengan seksama dalam pengertian apakah sudah terdapat keseimbangan antara tujuan pemerataan pembangunan kesehatan dengan kepentingan tenaga kesehatan sendiri tersebut, baik dalam jangka pendek atau panjang dalam kaitannya dengan peningkatan karirnya yang seksama. Sangat penting untuk dihindari kesenjangan yang sangat jauh antara tenaga kesehatan yang ditempatkan di daerah desa-desa terpencil atau daerah krisis dengan yang ditempatkan di daerah perkotaan. Pemerintah wajib membantu

meningkatkan kesejahteraan tenaga kesehatan yang ditempatkan di daerah-daerah yang terpencil dan daerah yang keadaan sosial ekonominya sangat berat.

Sektor pendidikan diharapkan dapat lebih memahami bahwa untuk mengadakan tenaga untuk daerah ini cukup berat dan perlu perhatian khusus, misalnya apakah tenaga tersebut perlu dari perguruan tinggi di dekat daerah tersebut, sehingga segi budaya dan sosialnya dapat dekat atau dapat pula Departemen Kesehatan membentuk unit eselon II yang bertanggung jawab dalam pemberian bantuan kemanusiaan dalam keadaan darurat. Unit ini siap membantu kabupaten, kota atau provinsi yang memerlukannya, karena perlu sumber daya yang memadai.

Maksud pemerataan tenaga kesehatan melalui sistem PTT adalah baik, tetapi langkah-langkah penyelenggaraan perlu ditinjau dengan seksama dalam pengertian apakah sudah terdapat

#### D) Skenario IV "Pengembangan Tenaga Kesehatan Seperti Biasanya"

Dengan mendasarkan pada kenyataan yang masih kurang berkembang seperti dihadapi sekarang dan memperhatikan berbagai kebijakan pembangunan kesehatan tampak bahwa apabila yang akan dipilih adalah skenario IV, diperkirakan pengembangan tenaga kesehatan secara pasti akan semakin menurun peran dan kemampuannya.

Dapat diperkirakan bahwa : 1) Prioritas peran pengembangan tenaga kesehatan yang mana yang perlu menjadi kabur, 2) Pemerataan tenaga kesehatan semakin berat, 3) Peningkatan karir yang terarah dan mantap tidak ada, 4) interaksi, interelasi dan interdependensi diantara unsur pengembangan tenaga kesehatan dengan pembangunan kesehatan lemah, 5) sektor pendidikan kurang dapat

mendukung pengadaan tenaga yang diperlukan untuk pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010.

Tabel 2.1 Kecendrungan Penyediaan Tenaga Medis dari Tahun 1982 sd 1997 dan Proyeksi Penyediaannya sampai dengan Tahun 2010

No	Kategori Tenaga	Keadaan 1983	Keadaan 1988	Keadaan 1993	Keadaan 1997	Proyeksi 2005	Proyeksi 2010
1	2	3	4	5	6	7	8
1	dokter spesialis	1.555	2.815	4.859	6.776	9.695	12.370
2	dokter umum	15.122	17.662	20.600	28.568	45.015	56.773
3	dokter gigi	1.292	3.821	5.321	6.972	11.069	14.032
4	Apoteker	-	1.777	3.027	7.646	12.815	17.752
5	Sarj. Kes. Lain	1.219	1.860	2.500	3000	6.034	9.142
6	P.P	44.651	64.087	94.675	216.522	347.441	419.355
7	P.N.P	12.011	22.858	40.358	66.692	115.822	147.122
8	Pekarya Kesehatan	29.473	56.186	59.186	-	-	-
9	Non Medis	63.221	108.959	116.459	52.181	81.204	90.993
Jml Depkes & Pemda		168.144	280.025	346.985	388.672	629.095	767.539
Tenaga Masyarakat,dll		120.252	191.349	262.913	388.627	629.095	767.539
Total		288.396	471.374	609.898	777.254	1.258.189	1.535.078

Sumber : Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2000-2010, Depkes RI, 2000

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1202/Menkes/SK/VIII/2003 Kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan indikator Indonesia Sehat 2010 seperti tertera pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.2 Kebutuhan Tenaga Kesehatan Berdasarkan Indikator Indonesia Sehat 2010

No	Jenis Tenaga	Ratio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk	Kebutuhan Jumlah Tenaga Tahun 2010 (orang)
1	2	3	4
1	Dokter Spesialis	6	14.156
2	Dokter Umum	40	94.376
3	Dokter Gigi	11	25.953
4	Perawat	117	276.049
5	Bidan	100	235.939
6	Perawat Gigi	30	70.782
7	Apoteker	10	23.594
8	Ass. Apoteker	30	70.782
9	SKM	40	94.376
10	Sanitarian	40	93.376
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	22	51.907
12	Keterampilan Fisik	4	9.438
13	Keteknisan Medis	15	35.391
TOTAL			1.108.913

Sumber : Sistem Kesehatan, Adisasmito W, 2007

Tabel 2.3. Perkembangan Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk s/d Tahun 2010

No	Jenis Tenaga	Jumlah Tenaga s/d Tahun 2003	Rasio Tahun Tenaga	Penambahan nilai rasio/ tahun	Rasio Tenaga Kesehatan/100 ribu penduduk tahun						
					2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Dokter Spesialis	11 000	5.12	6.13	5.25	5.37	5.50	5.62	5.75	5.87	6.00
2	Dokter Umum	37,531	17.47	3.22	20.69	23.91	27.13	30.35	33.56	36.78	40.00
3	Dokter gigi	9.177	4.27	0.96	5.23	6.91	7.16	8.12	9.03	10.40	11.00
4	Perawat	233.166	108.53	1.21	109.74	110.95	112.16	113.37	114.58	115.79	117.00
5	Bidan	61.000	28.40	10.23	38.63	48.86	59.08	69.31	79.54	89.77	100.00
6	Perawat gigi	5.869	2.73	3.90	6.63	10.52	14.42	18.31	22.21	26.10	30.00
7	Apoteker	7.646	3.56	0.92	4.48	5.40	6.32	7.24	8.16	9.08	10.00
8	Ass. Apoteker	26.703	12.43	2.51	14.94	17.45	19.96	22.47	24.98	27.49	30.00
9	SKM	3.912	1.82	5.45	7.28	12.73	18.18	23.64	29.09	34.55	40.00
10	Sanitarian	12.461	5.80	5.45	10.69	15.57	20.46	25.34	30.23	35.11	40.00
11	Nutrisi/ahli gizi	10.655	4.97	2.43	7.41	9.84	12.27	14.70	17.14	19.57	22.00
12	Keterampilan fisik	3.072	1.43	0.37	1.89	2.16	2.53	2.90	3.27	3.63	4.00
13	Keteknisn Medis	28.255	13.15	0.26	13.42	13.68	13.95	14.21	14.47	14.74	15.00

Sumber : Sistem Kesehatan, Adisasmito W,2007

#### 2.4 Konsep dan Teori Pemerataan

Pemerataan (*equity*) merupakan konsep yang menjabarkan adanya prinsip keadilan (*fairness, justice*), bukan sekedar sama rata (*equality*). Konsep ini ditelaah oleh para pakar dari berbagai sudut pandang seperti perspektif ilmu sosial, ilmu hukum ataupun ilmu ekonomi. Dalam Ilmu sosial, pemerataan dikaitkan dengan keadilan, hak-hak individu dengan status sosialnya, kesenjangan antara si kaya dan si miskin. Berbagai teori mengungkapkan bagaimana menjabarkan konsep pemerataan ini, diantaranya adalah pembahasan mengenai apakah memang kelompok kaya berhak untuk kaya dan kelompok miskin memang takdirnya harus miskin (Walster, 1978).

Dalam sudut pandang ekonomi, konsep dasar keterbatasan sumber daya menyebabkan adanya keharusan menetapkan prioritas sehingga alokasi sumber daya harus memenuhi kriteria-kriteria efisiensi, efektivitas, dan pemerataan. Sumber daya yang terbatas harus dapat dimanfaatkan oleh seluruh masyarakat, bukan sekelompok tertentu saja. Bidang kesehatan masyarakat banyak dihubungkan dengan ekonomi kesejahteraan (*welfare economics*) yang memusatkan perhatian pada rencana

alternatif, program, institusi, atau perundang-undangan yang mencakup masalah-masalah sosial. Kebijakan yang dihasilkan bersifat normatif, membahas pemilihan antara efisiensi dan keadilan/pemerataan (*equity*). Justifikasi campur tangan pemerintah adalah bertujuan meluruskan berfungsinya pasar dan distribusi pemilikan (*distribution of wealth*).

Pemerataan pada hakikatnya tidak ilmiah; tidak ada hukum atau teori yang memungkinkan masyarakat dapat menentukan dengan pasti cara pendistribusian keluaran yang terbaik bagi anggota masyarakat. Oleh sebab itu, dalam konteks ekonomi sosial, cara yang dianut adalah cara-cara alokasi sumber daya yang terbatas seoptimal mungkin diantara para anggota masyarakat yang saling memperebutkan. Dalam konteks makro dikenal *Gross National Product* sebagai ukuran peningkatan mencerminkan nilai kesejahteraan yang menyangkut pemerataan pendapatan, pendidikan, sosial, dan jelas mengenai hasil keluaran tersebut. Misalnya, dengan perhitungan pendapatan per kapita.

Dalam bidang kesehatan, masalah pemerataan berkaitan dengan bagaimana masyarakat dapat menjadi sehat melalui berbagai upaya, tidak terbatas pada masyarakat yang mampu bayar saja. Upaya tersebut berarti upaya menyeluruh untuk mengatasi masalah kesehatan, perilaku masyarakat, lingkungan (fisik, sosial, biologis) ataupun genetika.

Menjadi sehat adalah hati tiap individu, karena itu tiap individu berhak terhadap akses segala upaya kesehatan maupun pelayanan kesehatan. Konsep ini melibatkan banyak sektor, di samping kesehatan, sehingga ukuran pemerataan menjadi sulit. Akses terhadap air bersih, misalnya, dapat dikatakan merupakan bagian dari upaya meningkatkan derajat kesehatan, apabila masalahnya adalah

kurangnya air bersih yang menyebabkan tingginya angka penyakit yang terjangkit melalui air.

Agar lebih operasional dan mudah diukur, pemerataan kesehatan sering dikaitkan dengan pemerataan pelayanan kesehatan. Aday et al (1980) mengatakan bahwa "*Equity is present when health services are distributed on the basis of people's need for them*".

### **Konsep Akses dan Pemerataan Akses Pelayanan Kesehatan**

Aday dan Anderson (1981) mengidentifikasi dua faktor utama dalam konsep akses pelayanan adalah karakteristik penduduk (Pendapatan keluarga, jaminan asuransi, sikap terhadap pelayanan medis) atau faktor yang berhubungan dengan sistem pelayanan kesehatannya sendiri (pendistribusian dan pengorganisasian sumber daya tenaga serta fasilitas pelayanan). Akses mengandung arti bahwa pelayanan tersedia kapanpun pasien membutuhkannya.

### **Akses yang Merata**

Akses yang merata (*equitable acces*) akan terjadi bila pelayanan terdistribusi menurut geografi dan *need* (Aday – Andersen, 1981). Bayer et al (1983) menyampaikan bahwa prinsip dari akses yang merata (*equal acces*) adalah bahwa tiap individu yang mempunyai *need* terhadap jenis dan derajat pelayanan yang sama akan memperoleh kesempatan mendapatkan perawatan/pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kualitas yang sama atau tersedia untuk semua secara merata. Dengan demikian, berbagai faktor di belakang hambatan akan pemanfaatan pelayanan

kesehatan (*demand*) merupakan hambatan untuk tercapainya pemerataan pelayanan kesehatan.

Aday dan Andersen (1981) menjabarkan berbagai kriteria akses sebagai alat ukur pemerataan pelayanan kesehatan, yaitu *potential acces* (akses potensial), *realized acces* (akses nyata), *equitable access* (akses merata), *inequitable acces* (akses tidak merata), *effective acces* (akses efektif), *efficient acces* (akses efisien).

Mengukur rasio dokter/penduduk atau rasio puskesmas/penduduk merupakan suatu cara akses potensial. Jumlah, lokasi, jenis pelayanan kesehatan menggambarkan akses nyata atau pemanfaatan/utilisasi. Akses yang merata (*equitable access*) tercermin dari distribusi pelayanan menurut *perceived need* (persepsi masyarakat mengenai gejala penyakit, rasa sakit, berfungsinya anggota tubuh/functional status, serta status kesehatan), atau bila pelayanan kesehatan terdistribusi menurut *evaluated need* (riwayat penyakit dan hasil pemeriksaan hasil).

**BAB III**  
**KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP**  
**DAN DEFINISI OPERASIONAL**

**3.1. Kerangka Teori**

Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah modifikasi dari teori model sistem oleh Easton (1965) dan teori proses pembuatan kebijakan oleh Dunn (2003).

Dalam teori model sistem oleh Easton dikenal beberapa komponen penting yaitu :

1. *Input* yang terdiri dari *demands, support, dan resources*
2. *Institutions of government*, yang dikenal dengan *black box of policy making*.
3. *Outputs* yaitu *goods and services* yang dihasilkan.

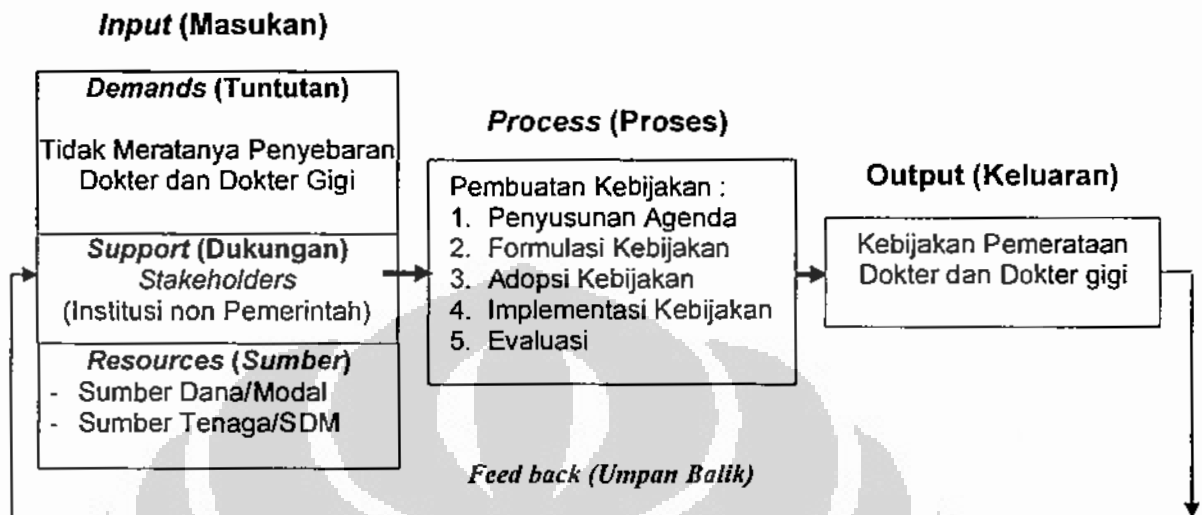
Di dalam *black box* terdapat tahap-tahap proses pembuatan kebijakan yaitu : penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, serta evaluasi kebijakan (Dunn, 25)

**3.2. Kerangka Konsep**

Berdasarkan kerangka teori yang telah dikemukakan di atas, maka penelitian analisis kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia menggunakan kerangka konsep sebagai berikut :



**Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian**



Penelitian ini merupakan analisis terhadap kebijakan pemerintah dalam pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia yang menitikberatkan pada proses pembuatan kebijakan pada institusi pemerintah (Departemen Kesehatan dan Departemen Pendidikan Nasional) yang meliputi 1) Penyusunan Agenda 2) Formulasi Kebijakan 3) Adopsi Kebijakan 4) Implementasi Kebijakan 5) Evaluasi.

### 3.3. Definisi Operasional

1. Tidak merata penyebaran dokter dan dokter gigi di Indonesia adalah ratio dokter dan dokter gigi berbanding dengan jumlah penduduk di masing-masing propinsi di bandingkan dengan standard ideal.

Cara ukur : Wawancara mendalam, Telaah dokumen

Alat ukur : Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan : Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Ropeg Depkes RI), Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Departemen Republik Indonesia (Pusrengun Depkes RI), Biro Hukum dan Organisasi Departemen Kesehatan RI (Rohukor Depkes RI), Organisasi Profesi Dokter dan Dokter Gigi (IDI dan PDGDI), Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (Ditjen Dikti) Depdiknas.

2. *Stakeholders* adalah insitusi di tingkat pusat yang berperan dan memberi dukungan terhadap kebijakan pemerintah dalam pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia

Cara ukur : Wawancara mendalam, Telaah dokumen

Alat ukur : Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan : Ropeg Depkes RI, Pusrengun Depkes RI, Rohukor Depkes RI, IDI, PDGI, dan KKI, Ditjen Dikti Depdiknas.

3. Sumber Dana/Modal adalah Sumber, besaran, penyerapan dan kecukupannya dana dalam implementasi kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia.

Cara ukur : Wawancara mendalam, Telaah dokumen

Alat ukur : Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan : Ropeg Depkes RI, Pusrengun Depkes RI, Rohukor Depkes RI, IDI, PDGI, dan KKI, Ditjen Dikti Depdiknas.

4. Sumber Tenaga/SDM adalah respon dokter/dokter gigi serta tenaga pelaksana di pemerintahan dalam mendukung implementasi kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi.

Cara ukur : Wawancara mendalam, Telaah dokumen

Alat ukur : Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan : Ropeg Depkes RI, Pusrengun Depkes RI, Rohukor Depkes RI, IDI, PDGI, dan KKI, Ditjen Dikti Depdiknas.

5. Penyusunan agenda adalah proses menempatkan masalah tidak meratanya penyebaran dokter dan dokter gigi menjadi agenda publik oleh institusi pemerintah.

Cara ukur : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan : Ropeg Depkes RI, BPPSDM Depkes RI, Biro Hukum Depkes RI, Dirjen Dikti Depdiknas.

6. Formulasi Kebijakan adalah proses merumuskan alternatif kebijakan untuk mengatasi tidak meratanya penyebaran dokter dan dokter gigi di Indonesia oleh institusi pemerintah.

Cara ukur : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan : Ropeg Depkes RI, BPPSDM Depkes RI, Biro Hukum Depkes RI, Dirjen Dikti Depdiknas

7. Adopsi Kebijakan adalah alternatif kebijakan yang diadopsi institusi pemerintah dan mendapat dukungan yang kuat dari berbagai pihak terkait.

Cara ukur : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan : Ropeg Depkes RI, BPPSDM Depkes RI, Biro Hukum Depkes RI, Dirjen Dikti Depdiknas

8. Implementasi Kebijakan adalah proses pelaksanaan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di unit-unit administrasi yang memobilisasi sumber dana dan sumber daya manusia.

Cara ukur : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

Informan : Ropeg Depkes RI, BPPSDM Depkes RI, Biro Hukum Depkes RI, Dirjen Dikti Depdiknas

9. Evaluasi adalah proses kesesuaian dan ketepatan pemantauan dan evaluasi kebijakan pengadaan dan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia.

Cara ukur : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Pedoman wawancara mendalam dan alat perekam, pedoman telaah dokumen

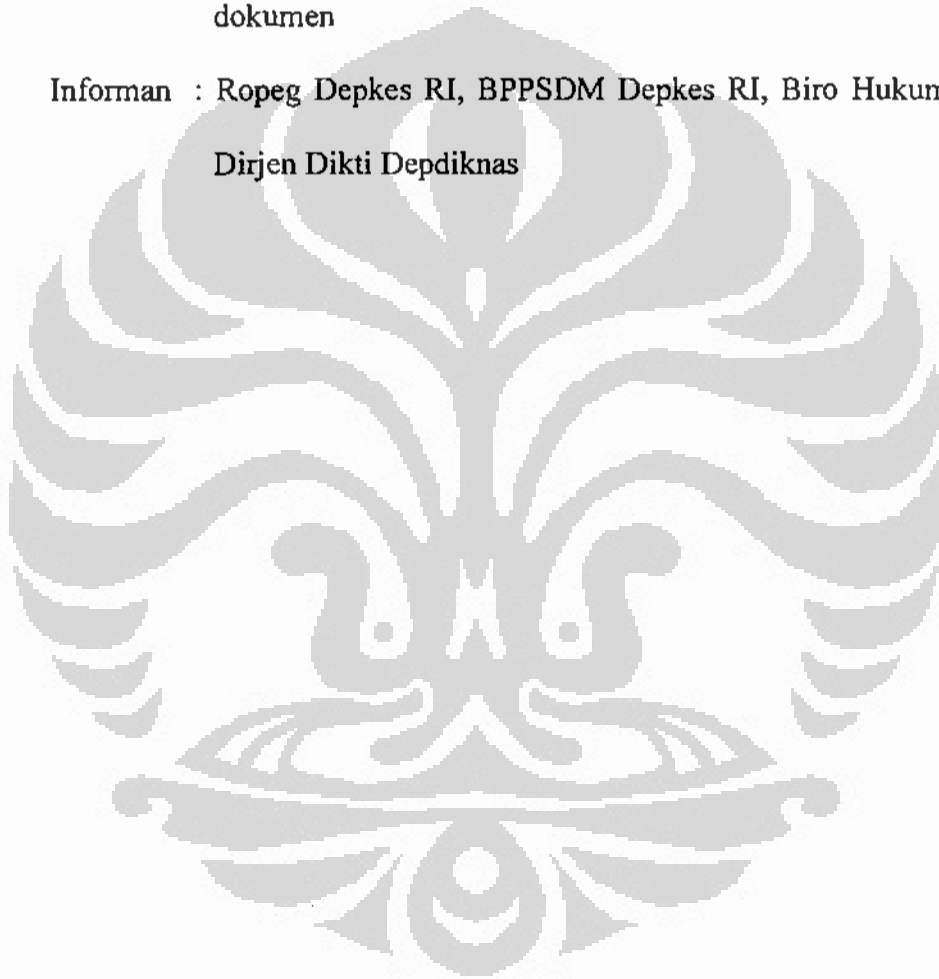
Informan : Ropeg Depkes RI, BPPSDM Depkes RI, Biro Hukum Depkes RI, Dirjen Dikti Depdiknas

10. Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter gigi adalah peraturan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah pusat dalam upaya pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia.

Cara ukur : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Pedoman wawancara mendalam, alat perekam, dan pedoman telaah dokumen

Informan : Ropeg Depkes RI, BPPSDM Depkes RI, Biro Hukum Depkes RI, Dirjen Dikti Depdiknas



## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kebijakan dengan menggunakan metode kualitatif wawancara mendalam dan studi literatur karena bermaksud untuk menggali lebih mendalam mengenai kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia dengan variabel yang akan terus berkembang sampai tidak ditemukan lagi informasi baru.

#### 4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret 2009 di beberapa institusi pemerintah dan *stakeholders* terkait di tingkat pusat yang mendukung dalam kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia.

#### 4.3. Informan

Pada penelitian kualitatif sampel (informan) prosedur sampling yang terpenting adalah bagaimana menentukan informan kunci (*key informan*) atau situasi sosial yang sarat informasi sesuai dengan fokus penelitian Untuk memilih sampel dalam penelitian ini, prinsip yang digunakan adalah :

1. Kesesuaian (*appropriateness*)

Informan yang dipilih adalah pejabat dan staf teknis di institusi yang bertanggungjawab terhadap penyusunan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia, termasuk *stakeholders* yang dilibatkan dalam penyusunan kebijakan tersebut. Teknik *snowball sampling* juga digunakan untuk memperluas deskripsi informasi dan melacak variasi informasi yang mungkin ada.

## 2. Kecukupan (*adequacy*)

Data yang diperoleh dari informan dapat menggambarkan *input*: tidak meratanya penyebaran dokter dan dokter gigi di Indonesia, dukungan dari *stakeholders*, *resources* (*sumber dana/modal dan sumber tenaga*), *process* pembuatan kebijakan: (penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, serta evaluasi kebijakan, dan *output*: kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi.

Untuk menggali informasi dari informan-informan tersebut, serta untuk bervariasinya informasi yang diperoleh, maka teknik pengambilan data yang lazim digunakan untuk penelitian kualitatif adalah wawancara mendalam (*in depth interview*) dan telaah dokumen.

Informan penelitian ini antara lain :

1. Biro kepegawaian Departemen Kesehatan RI Hukum yaitu 1 (satu) orang eselon 2 atau 3 dan 1 (satu) orang staf Bagian Pengadaan Pegawai
2. Biro Hukum dan Organisasi Departemen Kesehatan RI yaitu 1 (satu) orang eselon 2 atau 3 dan 1 (satu) orang staf bagian Peraturan Perundang-Undangan
3. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, yaitu 1 (satu) orang eselon 2 atau 3 dan 1 (satu) orang staff bagian distribusi SDM Kesehatan
4. Konsil Kedokteran Indonesia yaitu 1(satu) orang 1 (satu) orang unsur pimpinan Konsil Kedokteran Indonesia dan 1 (satu) orang anggota divisi registrasi dokter atau dokter gigi.
5. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi yaitu 1 (satu) eselon 2 atau 3 Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi dan 1 orang staff bagian akademik

6. Ikatan Dokter Indonesia yaitu 1 (satu) orang dari unsur ketua dan 1 orang anggota IDI
7. Persatuan Dokter gigi Indonesia yaitu 1 (satu) orang dari unsur ketua dan 1 (satu) orang anggota IDI

#### 4.4. Pengumpulan Data

Sumber data dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Data primer yang dikumpulkan antara lain mengenai *input (demands, support, resources)* dalam kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia serta fase-fase dalam proses analisis kebijakan di institusi pemerintah. Pengumpulan data primer dilakukan dengan teknik wawancara mendalam (*in depth interview*) dengan menggunakan pedoman wawancara dan bantuan alat perekam.
2. Data sekunder dikumpulkan dengan menggunakan teknik telaah dokumen untuk mendapatkan data pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia, peraturan terkait, alokasi sumber dana, tata laksana kebijakan, fase-fase dalam analisis kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini, yang merupakan penelitian dengan pendekatan kualitatif, adalah peneliti sendiri dibantu dengan catatan dan bantuan alat perekam.

#### 4.5. Manajemen Data

Dalam pengelolaan data yang dikumpulkan, penelitian menggunakan bantuan komputer. Data yang telah dikumpulkan baik dari alat perekam maupun dokumen kemudian dilakukan reduksi (*data reduction*) dengan membuat transkrip. Setelah itu,



hasil dari reduksi data tersebut diorganisasikan ke dalam bentuk matriks (*data display*). (Bungin, 2007)

Untuk menjamin keabsahan hasil penelitian, maka penelitian ini harus memenuhi standar kredibilitas dan transferabilitas, dengan kriteria berikut :

#### 1. Standar Kredibilitas

Standar kredibilitas identik dengan validasi internal dalam penelitian kuantitatif.

Standar kredibilitas merupakan standar bahwa penelitian ini betul-betul dipercaya sesuai dengan fakta di lapangan. Upaya-upaya yang dilakukan :

- a. Melakukan triangulasi, yaitu triangulasi metode dengan melakukan triangulasi metode wawancara mendalam dan metode telaah dokumen, triangulasi sumber data dengan membandingkan antar informan, serta triangulasi pengumpul data dengan melibatkan peneliti lain.
- b. Melibatkan teman sejawat (yang tidak ikut dalam penelitian) untuk berdiskusi, memberikan masukan, bahkan kritik mulai awal kegiatan penelitian sampai tersusunnya hasil penelitian.
- c. Melakukan analisis atau kajian kasus negatif (jika ada) sebagai pembanding hasil penelitian.
- d. Melacak kesesuaian dan kelengkapan hasil analisis data. (Bungin, 2007)

#### 2. Standar Transferabilitas

Standar transferabilitas merupakan modifikasi dari validasi eksternal dalam penelitian kuantitatif. Penelitian ini dikatakan memiliki standar transferabilitas yang tinggi bila pembaca laporan penelitian ini memperoleh gambaran dan pemahaman yang jelas tentang konteks dan fokus penelitian. (Bungin, 2007)

#### 4.6. Analisis Data

Setelah semua data telah terkumpul dan diolah, maka tahap selanjutnya adalah analisis data. Teknik analisis yang dilakukan dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik Analisis Isi (*Content Analysis*). Analisis ini dimulai dengan menemukan simbol-simbol yang dipakai dalam komunikasi dari data yang telah berbentuk matriks sesuai dengan variabel yang diteliti, kemudian mengklasifikasikan sesuai dengan variabel dan kemudian dilakukan analisis. (Bungin, 2007)



## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1. Keadaan Umum Wilayah Indonesia

##### 5.1.1 Keadaan Geografi dan Demografi

Kata “Indonesia” berasal dari kata dalam bahasa Latin yaitu Indus yang berarti “India” dan kata dalam bahasa Yunani nesos yang berarti “pulau”. Jadi, kata Indonesia berarti wilayah India Kepulauan, atau kepulauan yang berada di India, yang menunjukkan bahwa nama ini terbentuk jauh sebelum Indonesia menjadi negara berdaulat.

Indonesia memiliki 17.504 pulau besar dan kecil, sekitar 6000 di antaranya tidak berpenghuni, yang menyebar di sekitar khatulistiwa dengan cuaca tropis. Posisi Indonesia terletak pada koordinat  $6^{\circ}$  LU –  $11^{\circ}08'$  LS dan dari  $95^{\circ}$  BB- $141^{\circ}45'$  BT serta terletak di antara dua benua yaitu benua Asia dan benua Australia/Oseania.

Wilayah Indonesia terbentang sepanjang 3.977 mil di antara Samudra Hindia dan Samudra Pasifik. Luas daratan Indonesia adalah  $1.922.570 \text{ km}^2$ , Sulawesi dengan luas  $189.216 \text{ km}^2$ , dan Papua dengan luas  $421.981 \text{ km}^2$ . Batas wilayah Indonesia searah penjuru mata angin, yaitu :

- Utara : Negara Malaysia, Filipina, dan Laut China Selatan
- Selatan : Negara Australia, Timor Leste, dan Samudera Hindia
- Barat : Samudera Hindia
- Timur : Negara Papua Nugini, Timor Leste, dan Samudera Pasifik

Permasalahan yang dihadapi berkaitan dengan penyebaran penduduk secara geografis sejak dahulu hingga sekarang adalah penyebaran atau distribusi yang tidak

merata antara Jawa dan luar Jawa. Penyebab utamanya adalah keadaan tanah dan lingkungan yang kurang mendukung bagi kehidupan penduduk secara layak. Ditambah lagi dengan kebijakan pembangunan di era orde baru yang terkonsentrasi di pulau Jawa yang menyebabkan penduduk yang tinggal di luar pulau Jawa bermigrasi dan menetap di pulau Jawa. Ini menyebabkan kepadatan pulau Jawa jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kepadatan penduduk di pulau-pulau lain.

Menurut Sensus penduduk antar sensus tahun 2005, Indonesia memiliki populasi sekitar 218 juta. Pulau terpadat penduduknya adalah pulau Jawa, dimana setengah populasi penduduk berdomisili.

Tabel 5.1  
Jumlah Penduduk Menurut Provinsi Tahun 2005

Propinsi	Jml Penduduk	Propinsi	Jml Penduduk
1. NAD	4,031,589	17. Bali	3,383,572
2. Sumatera Utara	12,450,911	18. NTB	4,184,411
3. Sumatera Barat	4,566,126	19. NTT	4,260,294
4. Riau	4,579,219	20. Kalimantan Barat	4,052,345
5. Jambi	2,635,968	21. Kalimantan Tengah	1,914,900
6. Sumatera Selatan	6,782,339	22. Kalimantan Selatan	3,281,993
7. Bengkulu	1,549,273	23. Kalimantan Timur	2,848,798
8. Lampung	7,116,177	24. Sulawesi Utara	2,128,780
9. Kep. Bangka Belitung	1,043,456	25. Sulawesi Tengah	2,294,841
10. Kepulauan Riau	1,274,848	26. Sulawesi Selatan	7,509,704
11. DKI Jakarta	8,860,381	27. Sulawesi Tenggara	1,963,025
12. Jawa Barat	38,965,440	28. Gorontalo	922,176
13. Jawa Tengah	31,977,968	29. Sulawesi Barat	969,429
14. DI Yogyakarta	3,343,651	30. Maluku	1,251,539
15. Jawa Timur	36,294,280	31. Maluku Utara	884,142
16. Banten	9,028,816	32. Irian Jaya Barat	643,012
		33. Papua	1,875,388
TOTAL			218,868,791

Sumber: [http://www.datastatistik-indonesia.com/component/option,com\\_tabel/kat,1/idtabel,111/Itemid,164/](http://www.datastatistik-indonesia.com/component/option,com_tabel/kat,1/idtabel,111/Itemid,164/)

### **5.1.2 Keadaan Ekonomi**

Pertumbuhan Product Domestic Bruto di Indonesia tahun 2008 diproyeksikan mencapai 6,8% meningkat dibandingkan PDB Tahun 2007 yaitu 6,3 % dan akan terus berlanjut. Namun demikian, dampak pertumbuhan itu belum cukup besar dalam mempengaruhi tingkat pengangguran yaitu sebesar 9,11%. Perkiraan tahun 2007 sebanyak 16% masyarakat hidup di bawah garis kemiskinan, dan terdapat 49,0% masyarakat yang hidup dengan penghasilan kurang dari US \$2 per hari. Distribusi PDB menurut sektor ekonomi atau lapangan usaha atas dasar harga berlaku menunjukkan peranan dan perubahan struktur ekonomi dari tahun ke tahun. Tiga sektor utama pertanian, industri pengolahan, perdagangan mempunyai peranan sebesar 55,7% tahun 2007. Sektor industri pengolahan memberi kontribusi sebesar 27,0%, sektor perdagangan-hotel-restoran 14,9%, dan sektor pertanian 13,8%.

### **5.1.3 Keadaan Politik dan Pemerintahan**

Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi atas daerah-daerah provinsi dan daerah provinsi dibagi atas kabupaten dan kota yang masing-masing mempunyai pemerintahan daerah. Pemerintahan daerah mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan. Pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya, kecuali urusan pemerintahan yang menjadi urusan pemerintah, dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat, pelayanan umum, dan daya saing daerah.

Pemerintah daerah dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan memiliki hubungan dengan Pemerintah dan dengan pemerintahan daerah lainnya, meliputi wewenang, keuangan, pelayanan umum, pemanfaatan sumber daya alam, dan

sumber daya lainnya yang dilaksanakan secara adil dan selaras. Hubungan wewenang, keuangan, pelayanan umum, pemanfaatan sumber daya alam dan sumber daya lainnya menimbulkan hubungan administrasi dan kewilayahan antara susunan pemerintahan.

#### **5.1.4 Derajat Kesehatan**

Upaya pembangunan kesehatan yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan meliputi 4 (empat) strategi utama. Strategi utama itu adalah:

- (1) menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat;
- (2) meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas;
- (3) meningkatkan sistem surveilen, pemantauan, dan informasi kesehatan, serta;
- (4) meningkatkan pembiayaan kesehatan.

Sasaran dari strategi untuk mendukung pencapaian prioritas antara lain adalah seluruh desa menjadi desa siaga, setiap orang miskin mendapat pelayanan kesehatan bermutu, setiap bayi, anak, ibu hamil, dan kelompok masyarakat resiko tinggi terlindungi dari penyakit, serta di setiap desa tersedia tenaga kesehatan yang kompeten.

Gambaran tentang derajat kesehatan meliputi indikator mortalitas dan morbiditas. Mortalitas dilihat dari indikator Angka Kematian Bayi (AKB) per-1000 kelahiran hidup, angka Kematian Balita (AKABA) per-1000 kelahiran hidup, Angka Kematian Ibu (AKI) per-100.000 kelahiran hidup, dan umur harapan hidup. Morbiditas dilihat dari pola penyakit terbanyak di RS Umum. Gambaran tentang angka kematian bayi, balita, dan ibu dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.2  
 Angka Kematian Bayi, Balita, dan Ibu Tahun 2000 – 2007

Tahun	Angka Kematian bayi (AKB)	Angka Kematian Balita (AKABA)	Angka Kematian Ibu (AKI)
2002-2003	35	46	307
2007	34	44	228

Sumber : SDKI

Tabel 5.3  
 Pola Penyakit Penyebab Kematian Umum di Indonesia

No	Nama Penyakit	(%)
1	Penyakit sistem sirkulasi	26,4
2	Penyakit sistem pernafasan	12,7
3	Tuberkulosis	9,4
4	Penyakit sistem pencernaan	7,0
5	Neoplasma	6,0
6	Kecelakaan	5,6
7	Perinatal	4,9
8	Tifus	4,3
9	Diare	3,8
10	Endokrin & Metabolik	2,7

Sumber: <http://bankdata.depkes.go.id/Profil/INDEX.HTM>

Umur Harapan Hidup penduduk Indonesia dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan yang bermakna terutama pada priode 1980 – 1995. Estimasi umur harapan hidup yang sebesar 52,41 tahun (SP 1980), meningkat menjadi 63,48 tahun (SUPAS 1995) dan meningkat lagi menjadi 67,97 (SP 2000)

Angka kesakitan penduduk di dapat dari data yang berasal dari masyarakat (community based data) yang diperoleh melalui studi morbiditas dan berasal dari sarana pelayanan kesehatan (facility based data) yang diperoleh melalui sistem pencatatan dan pelaporan. Dari data pasien di RS diperoleh pola sepuluh penyakit terbanyak yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.4  
Pola 10 Penyakit Terbanyak di RSU di Indonesia tahun 2002

No	Jenis Penyakit Pasien Rawan Jalan	Jumlah Pasien	Jenis Penyakit Pasien Rawat Inap	Jumlah Pasien
1	Infeksi saluran nafas bagian atas akut lain	974.455	Diare, GE oleh penyebab infeksi tertentu	198.909
2	Tuberkulosis paru	484.884	Demam tifoid dan pratifoid	182.519
3	Penyakit kulit dan jaringan subcutan lainnya	443.645	Demam berdarah dengue	55.673
4	Gangguan jaringan lunak lainnya	431.274	Cedera intrakranial	50.260
5	Diare, GE oleh penyebab infeksi tertentu	417.923	Penyulit kehamilan dan persalinan lainnya	46.819
6	Diabetes Melitus	415.657	Tuberkulosis paru	46.566
7	Cedera YDT lainnya, YTT dan daerah badan multipel	347.739	Cedera YDT lainnya dan cedera badan multipel	46.232
8	Penyakit kelenjar liur	347.739	Diabetes melitus	42.183
9	Hipertensi esensial (primer)	346.030	Pneumonia	39.192
10	Gastritis dan duodenitis	300.995	Gastritis dan duodenitis	37.600

Sumber: <http://bankdata.depkes.go.id/Profil/INDEX.HTM>

## 5.2 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret-April 2009 dengan metode kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan dua cara, yaitu data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan informan-informan yang dipilih serta data sekunder dengan menggunakan dokumen-dokumen terkait dengan penelitian. Data yang telah dikumpulkan melalui alat perekam dibuat transkrip kemudian diorganisasikan ke dalam bentuk matriks dan dilakukan analisis.

Dalam penelitian ini, peneliti menemui berbagai kendala, antara lain:

1. Sistem birokrasi administrasi di beberapa instansi yang sangat panjang dan kaku, sehingga membuat proses penelitian menjadi terhambat.
2. Tidak semua informan yang direncanakan dapat ditemui dan diwawancara, utamanya pimpinan tertinggi dan kebanyakan mendisposisikan ke staf di



bawahnya. Sedangkan staf yang lain dalam satu instansi tidak dapat diwawancarai dengan alasan tidak ada disposisi kepada yang bersangkutan.

3. Ada 2 (dua) informan yang diwawancarai merupakan pejabat baru yang belum setahun (baru beberapa bulan) menduduki jabatan yang terkait dengan pemerataan dokter dan dokter gigi.
4. Notulensi dalam rapat-rapat penyusunan kebijakan-kebijakan yang telah diputuskan tidak dapat diperoleh seluruhnya. Sehingga sulit melihat bagaimana proses adopsi kebijakan yang telah ditetapkan.

### **5.3. Hasil Penelitian**

#### **5.3.1. Karakteristik Informan**

Informan dalam penelitian ini terdiri dari 11 (sebelas) orang yang berasal dari 7 (tujuh) instansi yang berbeda yaitu Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan RI (Ropeg), Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Departemen Kesehatan RI (Pusrengun), Biro Hukum dan Organisasi Departemen Kesehatan RI (Rohukor), Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI), Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PB PDGI), Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), serta Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Depdiknas (Ditjen Dikti). Lama wawancara bervariasi antara 15 – 90 menit dengan frekuensi wawancara sebanyak 1-2 kali. Karakteristik informan meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, lama berkerja. Umur informan bervariasi antara 36 – 65 tahun, 4 informan berjenis kelamin perempuan dan 7 informan berjenis kelamin laki-laki. Pendidikan terakhir informan bervariasi yaitu S2 sebanyak 8 orang dan S3 sebanyak 3 orang. Lama bekerja masing-masing informan bervariasi antara 3 – 45 tahun. Seperti yang tertera pada tabel berikut:

**Tabel 5.5**  
**Karakteristik Informan**

No	Informan	Umur (tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Bekerja (tahun)
1	KKI (1)	64	L	S2	4
2	KKI (2)	60	L	S2	4
3	IDI (1)	60	L	S2	7
4	IDI (2)	65	L	S3	40
5	PDGI (1)	53	L	S3	21
6	PDGI (2)	58	P	S2	25
7	Pusrengun (1)	55	L	S2	34
8	Pusrengun (2)	37	P	S2	3
9	Dikti (1)	45	P	S3	3
10	Hukor (1)	36	L	S2	8
11	Ropeg (1)	46	P	S2	22

### 5.3.2 Tidak Meratanya Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi Di Indonesia

#### 5.3.2.1 Pola Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi

Hampir semua informan menyatakan bahwa pola penyebaran dokter dan dokter gigi di Indonesia masih belum merata, baik antar kota dan desa, maupun antar Jawa dan luar Jawa. Informan 3 menyebutkan bahwa dokter dan dokter gigi terkonsentrasi pada pusat-pusat pertumbuhan ekonomi, daerah urban, dan daerah perkotaan. Informan 1 menjelaskan bahwa kurang optimalnya penyerapan tenaga kesehatan disebabkan dihapuskannya wajib kerja sarjana bagi dokter dan dokter gigi.

Berikut petikannya:

*"Jadi Pola Penyebaran dokter dan dokter gigi di Indonesia dalam arti kata penyerapan tenaga mereka itu, saya lihat sekarang tidak optimal karena memang berbeda dengan dulu, bahwa waktu dulu itu ada bagi dokter maupun dokter spesialis ... e...dalam memenuhi kebutuhan itu bisa diterapkan wajib kerja sarjana"* (Informan 1)

*"Penyebarannya yang jelas tidak merata, terkonsentrasi di pusat-pusat pertumbuhan ekonomi, daerah urban, daerah perkotaan, ..."* (Informan 3)

*"...ternyata penyebarannya kan...tidak merata, baik penyebaran antara desa dan kota maupun penyebaran antara Jawa dan luar Jawa. Ya kalau di lihat dari datanya,*

kan terlihat di perkotaan relatif lebih banyak di bandingkan dengan pedesaan dan juga di Indonesia ...di Jawa dan luar Jawa, lalu ada juga variabel lain, Indonesia barat dan Indonesia timur. Terjadi ketimpangan, pada Indonesia Barat lebih banyak, lalu juga di Jawa relatif lebih banyak dengan di luar Jawa" (Informan 5)

Sementara informan 6 menyebutkan bahwa penyebaran dokter gigi tidak terpola karena tidak sesuai dengan yang telah direncanakan. Berikut petikannya :

"Sehubungan dengan pola penyebaran sering kali kita ini tidak terpola ataupun kalau ada polanya itu pelaksanaannya tidak sebagaimana, ... direncanakan, jadi menurut hemat saya penyebaran drg khususnya di indonesia saat ini justru tidak terpola,..." (Informan 6)

Penyebaran yang tidak terpola disebabkan karena minimnya jumlah dokter gigi di Indonesia tidak dibarengi dengan upaya penyebarannya secara merata. Kekurangan tenaga dokter gigi di wilayah Indonesia Bagian Timur sangat besar perbedaannya dengan Indonesia bagian barat.

"Kenapa saya simpulkan tidak terpola ...tujuannya adalah pemerataan ... bagaimana caranya tenaga yang sedikit itu bisa tersebar secara merata. Kalau kurang, kurangnya juga merata, ini sangat tidak merata, bagian Indonesia bagian timur itu, kekurangannya sangat besar, dibandingkan dengan kekurangan di wilayah wilayah pulau jawa ... hasilnya adalah terjadi maldistribusi... terkonsentrasi di kota-kota besar, dengan pola apapun masih terkonsentrasi di kota besar." (Informan 6)

Informan 8 menjelaskan bahwa 30-40% tenaga dokter di puskesmas tidak ada, dimana idealnya 1 puskesmas minimal ada 1 orang dokter. Berikut petikannya:

... penyebaran dokter itu sangat tidak tersebar secara merata, jadi artinya saya pernah ikut seminar terakhir itu adalah mungkin antara 30-40% itu tenaga dokter di puskesmas itu tidak ada. Jadi artinya gak semua puskesmas ada dokternya, sedangkan dalam sistem kita itu kan setiap puskesmas harus ada 1 dokter, itu belum bisa di penuhi, banyak masalahnya. (Informan 8)

### 5.3.2.2 Sumber Data Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi

Sumber data penyebaran dokter dan dokter gigi di masing-masing institusi cukup bervariasi. Tiap-tiap institusi mendapatkan data dokter dan dokter gigi secara berbeda sesuai dengan fungsi masing-masing institusi. KKI memperoleh data penyebaran dokter dan dokter gigi berdasarkan dokter dan dokter gigi yang melakukan registrasi, sementara Organisasi profesi memiliki data dokter yang mendaftar sebagai anggota organisasi profesi. Berikut petikannya :

*"...dengan teregisternya seseorang itu, otomatisakan ketahuan dimana alamatnya , ya... dengan registrasi ke Konsil kita sertakan dalam formulir itu data alamat dimana...ketahuan distribusi tenaga tentang penyebaran, jadi artinya dengan registrasi yang dilakukan oleh Konsil, Konsil bisa mendapat mapping, tenaga dokter, dokter gigi yang ada di Indonesia, termasuk spesialis. (Informan 2)*

*"Jadi setiap dokter mendaftar di cabang IDI, dimana dia berada, mendaftar di IDI kabupaten, IDI cabang, nah...dari itu dia diteruskan ke pusat, itu. Jadi pendaftarannya dari cabang terus naik ke tingkat pusat, karena kartu tanda anggota itu dikeluarkan oleh Pusat. Jadi NPA itu adalah unik untuk setiap dokter, itu dikeluarkan oleh PB." (Informan 3).*

Informan 3 menambahkan bahwa data yang dikeluarkan masing-masing stakeholders kurang valid untuk menggambarkan jumlah dokter yang memberikan pelayanan kesehatan. Berikut petikannya :

*...ngomong sumber data, KKI akan mengeluarkan jumlah dokter adalah orang yang telah diberi STR tapi tidak ada jaminan dia itu menjalankan praktik kedokteran, nah...IDI itu punya data base anggota, karena semua orang minta rekomendasi dia. Nah sekarang Depkes itu sumber datanya darimana harusnya adalah dokter yang menjalankan praktik, semua dinas kesehatan yang mengeluarkan SIP, naik ke pusat, dokternya menyerahkan, jadi sumbernya adalah dokter yang punya SIP... karena tidak ada keharusan dokter itu melaporkan ke dinas kesehatan, Departemen kesehatan mestinya sebagai pengguna data kesehatan, data dokter, bukan yang menghasilkan data dokter, apakah itu pusdatin, pusrengun, itu hanya menggunakan data dari sumber lain, nah bisakah depkes menghimpun data itu, gak kan ada ceritanya, yaitu datanya gak pernah valid, yang ada di depkes adalah data dokter PNS, itu ada personalia punya tetapi data seluruh Indonesia yang praktik dia tidak punya (Informan 3)*

Walaupun merupakan satu organisasi yang sama informan 5 dan 6 mendapatkan data dari sumber yang berbeda. Dari informan 5 diperoleh mendapatkan data dokter gigi yang praktik melalui surat rekomendasi yang diterbitkan oleh organisasi profesi sebelum ybs. melakukan praktik kedokteran, tetapi diakui bahwa ada kelemahan administrasi karena seringkali pelaporannya tidak sempurna. Sementara informan 6 menyebutkan sebelum tahun 2000, memperoleh data dari Direktorat Kesehatan Gigi, dimana pada waktu itu Direktorat Kesehatan Gigi masih ada. Berikut petikannya:

*"... dalam mengurus izin praktik harus mendapatkan rekomendasi dari PDGI, ... dari sana kita mendapatkan data kan berapa dokter yang berpraktik di wilayah-wilayah tertentu... Tiap-tiap cabang melapor anggotanya berapa, malah ...sehingga kita bisa tahu, tapi ada kelemahan administrasi seringkali pelaporannya tidak sempurna." (Informan 5)*

*"Dulu waktu masih ada direktorat kesehatan gigi sebelum tahun 2000 kita mendapatkannya dari direktorat kesehatan gigi, tapi seringkali apa namanya tidak sinkron ya...dengan data di FKG-FKG jelas, karena FKG hanya mengeluarkan saja...tetapi kemudian apakah semuanya itu kerja sebagai dokter gigi dan dimana-dimana itu adalah...pada waktu itu adalah dibawah kendalinya depkes, tapi sekarang dengan adanya pola yang berbeda saya tidak tahu apakah depkes masih mempunyai data yang komprehensif..." (Informan 6)*

Informan 8 menjelaskan bahwa sistem pencatatan dan pelaporan sekarang tidak berjalan baik. Apabila daerah mengirimkan data, tidak jelas unit mana di Departemen Kesehatan yang akan menerima dan mempublikasikannya. Informan 7 menjelaskan bahwa institusinya lebih banyak mendapatkan *secondary data* dari Pusdatin, tetapi bila terkait dengan program-program khusus, maka akan dilakukan intervensi langsung sampai tingkat kabupaten. Berikut petikannya :

*"Iya, sistem itu SP2TP itu, sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas kalau dulu itu berjalan baik. Sekarang itu kayaknya gak berjalan begitu baik, tidak semua puskesmas melapor.... Departemen Kesehatannya kemana? BPPSDM atau biro*

*kepegawaian, .. disini ada sistem informasi sub bidang informasi, itu mestinya kan justru mau mencatat, tapi itu sampai sekarang sistem itu nggak terbentuk gitu lo. Tinggal kalau ada kewajiban itu, kalau itu melaporkannya ke sub bidang ini mestinya bisa terekam. ... mungkin biro kepegawaian, atau badan PPSDM, atau badan PPSDM itu ke pusrengun? Atau ke ses badan, karena di ses badan itu juga ada sistem informasi tapi itu menurut saya bukan sistem informasi tenaga kesehatan...mestinya masuk sistem informasi yang ada di pusrengun ini. Siapa sih yang harus melapor dari kecamatan ke kabupaten ke propinsi yang memberikan informasi secara rutin kepada kita ini. Kalau itu ada regulasinya, seperti tadi ada kewajiban, mestinya kita itu secara anu untuk tenaga dokter kita bisa dapat. Buktinya juga ke KKI juga, kadang-kadang dapat, kadang-kadang nggak kan?" (Informan 8)*

*"Kalau upaya mendapatkan data sih ya, kita lebih banyak untuk pusrengun, kita lebih banyak mendapatkan secondary data dari pusdatin, itu ada pendataan puskesmas, kemudian a... jadi data itu, dari binkesmas, untuk yang puskesmas, kemudian kita juga dapat data secondary juga dari yanmed. Akan tetapi untuk program-program yang sifatnya khusus, yang disitu kita perlu intervensi langsung, biasanya kita jemput bola langsung, ke propinsi bahkan sampai ke kabupaten" (Informan 7)*

### **5.3.2.3 Standard Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi**

Hampir semua informan mengetahui adanya standar pemerataan dokter dan dokter gigi, baik berdasarkan rasio dokter dan dokter gigi berbanding jumlah penduduk disuatu wilayah maupun berdasarkan jumlah sarana pelayanan kesehatan. Informan 1 dan 3 menyebutkan rasio ideal dokter berbanding penduduk adalah 1 berbanding 2500. Informan 1 berpendapat bahwa rasio dokter dengan jumlah penduduk tidak dapat di aplikasikan untuk semua wilayah di Indonesia karena masing-masing wilayah memiliki kekhususan, seperti penyebaran penduduk daerah padat dan jarang, serta kebutuhan dokter spesialis berdasarkan angka kesakitan di suatu wilayah. Berikut petikannya :

*"... saya lihat memang kebutuhannya hanya berdasarkan rasio. Dokter itu berapa ya 1 terhadap 2.500. ... Indonesia itu kan...ragam perbedaan tiap daerah kan cukup banyak gitu... bervariasi. Misalnya sekarang kalo rasio dokter di Jawa Barat sekian ...tapikan kalo di Kalimantan Tengah misalnya sekian jumlah penduduknya maka rasio dokternya bisa dihitung sekian trus nanti mau disebarakan kemana itu, karena*

*pasti sebaran penduduknya disana pasti akan berbeda juga, di kota dan di daerah ...keberadaan jumlah penduduk satu. Nomor dua juga di daerah tertentu juga, pasti kebutuhannya berbeda gitu, terhadap dokter yang diperlukan artinya demand dokter, dokter spesialis itu berbeda, ya berbedalah ..."(informan 1)*

*"IDI mengadvokasi pelayanan kedokteran terpadu, dalam sistem itu kita menyarankan setiap dokter, setiap penduduk itu punya dokter keluarga, nah rasio yang ideal, yang kita tawarkan dimana-mana adalah 1 dokter bertanggungjawab terhadap 2.500 jiwa. Kita advokasi, dimana-mana itu kita bicara yang ideal itu adalah 1 dokter untuk 2.500 orang. Ini dari tataran suatu advokasi, tapi sistemnya sendirikan belum mengadopsi itu." (Informan 3)*

Informan 7 menjelaskan bahwa jumlah ideal dokter dan dokter gigi mengacu pada kepmenkes 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit, dimana penyusunan kebutuhan tenaga disusun berdasarkan *facility base*. Berikut petikannya:

*"Sebenarnya kita tidak punya standard yang ideal ya, kita memang punya acuan, seperti kepmen 81...disitu ada berbagai ini ya...acuan yang bisa dipakai, apakah berdasarkan jumlah penduduk aspek kewilayahan, tetapi juga ada facility base... untuk daerah-daerah yang selama ini underserved... kita lebih melihat daerah ini kosong atau ndak.... itu, bagaimana caranya kita mengisi". (informan 7)*

#### **5.3.2.4 Proyeksi Kebutuhan Dokter dan Dokter Gigi**

Proyeksi Kebutuhan dokter dan dokter gigi merupakan upaya perencanaan pemenuhan kebutuhan tenaga dokter dan dokter gigi sesuai kebutuhan di masing-masing wilayah. Walaupun berasal dari insititusi yang sama, terdapat perbedaan jawaban antara informan 1 dan informan 2. Menurut informan 1, KKI tidak pernah melakukan proyeksi kebutuhan dokter dan dokter gigi di Indonesia, yang seharusnya dibahas bersama antara Departemen Kesehatan dan *stakeholders*nya. Sementara informan 2 menjelaskan KKI pernah melakukan proyeksi kebutuhan tetapi tidak dilakukan bersama-sama dengan *stakeholders* terkait. Berikut petikannya:

*"Tidak pernah. Sebetulnya disini saya agak heran juga, justru kebutuhan itu harusnya dipikir di...dibahas bersama antara depkes sebagai pengguna, departemen Diknas sebagai pemasok, atau sebagai produsen dokter dan dokter gigi khususnya. Dan KKI hanya menyiapkan dari segi kompetensinya..". (informan 1)*

*"Pasti ada, kita akan proyeksi berdasarkan jumlah penduduk, tapikan KKI tidak bisa kerja sendiri harus bekerjasama dengan Depkes, dengan Departemen Pendidikan Nasional" (informan 2)*

Organisasi profesi (IDI dan PDGI) juga melakukan proyeksi kebutuhan dokter dan dokter gigi. IDI melakukan proyeksi dengan melibatkan konsultan, sementara proyeksi dokter dan dokter gigi yang dilakukan oleh PDGI dinilai kurang valid karena penambahan penduduk dan penambahan pusat-pusat pendidikan. Berikut petikannya :

*"Ada waktu itu, pak ... sudah buat itu, dengan rasio itu kemudian kita membutuhkan dokter, sekarangkan kurang, kemudian distribusinya tidak merata, itu kondisi saat ini. " (informan 3)*

*"Proyeksinya memang dilakukan tapi sekarang kurang valid karena adanya penambahan penduduk, ... penambahan pusat-pusat studi yang nanti akan menjadi FKG. Kalau kita hitung FKG yang sudah ada, maka kurang lebih produksi di Indonesia adalah sekitar 1000 dokter gigi per tahun. Kemudian dengan 225 juta penduduk maka dibutuhkan e...apa namanya sekitar kalau 1: 10.000 saja, ... perhitungan secara kasar kita masih memenuhi 40% dari kebutuhan, tetapi itu tentunya perhitungan yang amat sangat relatif karena tergantung kalau kita programnya itu berat di kuratif, tentunya memang perbandingan 1 : 2000 itulah yang ideal, tapi sekali lagi kebijakan pelayanan kesehatan kita...pembangunan kesehatan kita lebih ke arah preventif promotif, sehingga proporsi kita berubah...dan kegiatan promotif pereventif bisa mengoptimalkan jenis yang lain di luar dokter gigi". (informan 6)*

Sesuai penjelasan informan 11, bahwa pemerataan dokter dan dokter gigi merupakan fungsi dari Badan PPSDM (Pusrengun), sehingga Biro Kepegawaian tidak melakukan proyeksi kebutuhan, melainkan hanya pemenuhan PNS di



Departemen Kesehatan serta Pengangkatan dokter dan dokter gigi PTT di daerah terpencil dan sangat terpencil diseluruh wilayah Indonesia. Berikut petikannya:

*“Kita ini, biro kepegawaian adalah pemenuhan untuk PNS untuk lingkup depkes, untuk PTTnya, tetapi secara keseluruhan fungsinya bukan biro kepegawaian, fungsi badan PPSDM Pusrengun. Kita hanya untuk PNS lingkup depkes sama PTT, tapi secara keseluruhan dalam rangka mendukung visi Depkes Indonesia Sehat 2010 dan sekarang sudah diperbaharui adalah fungsinya badan PPSDM”.* (informan 11)

Tabel 5.6  
Keadaan Dokter dan Dokter gigi Tahun 2006 dan  
Perkiraan Kebutuhan Penambahan Tenaga Kesehatan  
tahun 2007-2010

No	Jenis Tenaga	Indikator tenaga/ 100.000 pddk Thn 2010	Kebutuhan Jlh tenaga Thn 2010	Jlh tenaga s/d thn 2006	Rasio Tahun 2006	Pertumbuhan Nilai Rasio/ Tahun	Kebutuhan Penambahan Tenaga Kesehatan			
							2007	2008	2009	2010
	Medis		117.969	68.227			12.664	12.047	12.358	12.674
1	Dr.Sp	9	21.234	12.374	5,53	0,87	2,258	2,145	2,200	2,257
2	Dr	30	70.782	44.564	19,93	2,52	6,765	6,322	6,483	6,648
3	Dr.Gigi	11	25.953	11.289	5,05	1,49	3,640	3,580	3,674	3,770

Sumber : Pusrengun, Badan PPSDM

### 5.3.2.5 Dampak Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi yang Tidak Merata

Hampir semua informan menjelaskan dampak dari kurangnya tenaga dokter dan dokter gigi menghambat pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Informan 2 menambahkan bahwa pelayanan penduduk daerah terpencil harus ke kota besar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, hal ini disebabkan karena sistem rujukan belum berjalan dengan baik. Berikut petikannya :

*“Praktis otomatis, bahwa pelayanan kedokterannya, pelayanan kesehatan, pelayanan praktik kedokterannya, akan tidak merata. Penduduk di daerah terpencil, remote area, tidak menerima pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan mereka. Untuk mendapatkan pelayanan dia harus ke kota besar, tentu ada biaya tambahan untuk mereka....sistem rujukan kita tidak berjalan dengan baik”* (Informan 2)

Informan 2 dan 3 berpendapat sama bahwa penumpukan dokter dan dokter gigi di perkotaan dapat menimbulkan persaingan. Berikut petikannya :

*".... dapat menimbulkan persaingan, dalam hal mencari pasien, dia tu. Cari pasien agar pelayanan atau praktiknya dia tuh...jadi larinya ke arah finansial dengan mengabaikan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin".(Informan 2)*

*"Ya seperti sekarang kan, persaingan jadi tidak sehat, masyarakat kemudian tidak mendapatkan layanan yang lebih baik karena ada daerah-daerah yang kekurangan dokter, dan ada daerah-daerah yang kelebihan dokter."(Informan 3)*

Informan 3 memberikan contoh persaingan yang tidak sehat antar sesama dokter, maraknya dokter umum yang berpraktik juga sebagai akupunturis di perkotaan, padahal baru mengikuti kursus beberapa minggu. Akupuntur merupakan cabang ilmu kedokteran spesialis. Berikut petikannya:

*"Ya akhirnya dokter menghalalkan segala cara, persaingan tidak sehat itu, misalnya kita lihat, dokter itu buka akupunturis, sekarang dimana-mana dokter akupunturis, Spesialis ada, tapi masih kacau ada yang kursus 2 minggu, udah bisa masang di plang akupunturis. Kapan dia berpraktik sebagai dokter, kapan dia berpraktik sebagai akupuntur itu jadi..."(Informan 3)*

### **5.3.3 Dukungan Stekeholders**

#### **5.3.3.1 Peran masing-masing institusi terhadap pemerataan dokter dan dokter gigi**

Masing-masing informan menjelaskan bahwa upaya pemerataan dokter dan dokter gigi tidak dapat dilaksanakan oleh institusi yang bersangkutan sendiri, melainkan ada kontribusi dari institusi lain sesuai dengan peran dan kewenangannya.

1. KKI berperan dalam menjamin kompetensi dokter dan dokter gigi dengan menerbitkan surat tanda registrasi dokter dan dokter gigi.
2. Organisasi Profesi menerbitkan surat rekomendasi bagi dokter dan dokter gigi yang akan melakukan praktik kedokteran sehingga organisasi profesi dapat menghentikan menerbitkan surat rekomendasi tersebut apabila di nilai di suatu daerah sudah cukup jumlah dokter dan dokter giginya.

3. Ditjen Pendidikan Tinggi berperan untuk *empowering, facilitating, dan enabling* fakultas-fakultas kedokteran/kedokteran gigi untuk meyakinkan kualitas SDM di produksi,
4. Departemen Kesehatan RI
  - o Pusrengun : menyusun kebijakan tentang distribusi dan pemerataan dokter dan dokter gigi di seluruh wilayah Indonesia.
  - o Biro kepegawaian : Pengangkatan dokter dan dokter gigi PTT di daerah terpencil dan sangat terpencil sesuai dengan kebutuhan pemerintah daerah.
  - o Biro hukum melakukan fasilitasi dan berkoordinasi dengan unit terkait di lingkungan Departemen Kesehatan dalam merumuskan kebijakan yang "dihormati" oleh pemerintah daerah.

Berikut petikannya:

*"Sesuai dengan tupoksi KKI berkewajiban untuk mempertahankan dan menjaga kompetensi, mutu dokternya ya, jadi semua dokter yang teregister atau yang berpraktik di Indonesia, wajib teregister di Konsil. Yang kita register adalah kompetensinya, artinya dari aspek mutu kita menjamin semua dokter, dokter Indonesia yang sudah teregister terjamin mutunya. ..."* (informan 2)

Informan 3 menambahkan bahwa IDI memiliki peran dalam menentukan distribusi dokter dan dokter gigi, karena surat rekomendasi yang diterbitkan IDI bagi dokter yang akan melakukan praktik kedokteran berdasarkan analisis kebutuhan di wilayah tersebut. Berikut petikannya :

*"Ya, kalau kita menurut Undang-undang yang sudah ada, institusi itu kan sebetulnya IDI yang pertama, karena dia yang memberikan rekomendasi orang itu boleh mendapatkan SIP atau tidak, tapi dalam mengeluarkan rekomendasi itu harus dilihat dari sisi kualitatif dan kuantitatif, secara kualitatif dia mempunyai kompetensi gak? Dan secara kuantitatif di daerah itu sudah lebih dari cukup apa gak dokter? Artinya kalau kita bicara dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran, IDI itu berperan sekali dalam menentukan distribusi dokter itu apa, dengan catatan IDI mempunyai kemampuan, atau bersama-sama dengan instansi lain, boleh menentukan formasi-formasi dokter di Indonesia, dan punya kewenangan untuk*

*membatasi itu. Kata kan jakarta sekarang ini, IDI duduk dengan lintas resmi berapa dibutuhkan dokter di Jakarta ini, kalau kita ngomong rasio 1:2500 tadi, populasi katakanlah 10 juta, kita hanya butuh 4 ribu dokter, ya akan, otomatis hanya dikeluarkan rekomendasi untuk 4000 dokter, diluar itu sudah tutup.” (Informan 3)*

Informan 7 menjelaskan fungsi pusrengun, Depkes RI, yaitu menyusun kebijakan, pedoman, peraturan sehingga dokter dan dokter gigi terdistribusi secara merata. Berikut petikannya :

*“... kalau ngomong tentang pemerataan...Kalau untuk distribusi kita memang fungsinya memang menyiapkan rumusan kebijakan, menyusun pedoman terus kemudian kalau bisa ada standard, katakanlah seperti ini, kemudian kita juga ada implementasi sebenarnya, yang sifatnya intervensi itu untuk membantu...jadi tidak secara keseluruhan ditangani pusat tidak, karena kita kan sekarang desentralisasi ya tapi kita bisa juga membantu intervensi dari sisi pelaksanaannya, kita mengawasi juga misalnya dari konsep kebijakan, sampai menjadi kebijakan, kemudian bagaimana penerapannya secara nasional...misalnya, itu memang tugas kita disitu. Mulai dari merumuskan kebijakan, pelaksanaannya, monitoringnya” (Informan 7)*

Dirjen Dikti berperan dalam untuk *empowering, facilitating, dan enabling* fakultas-fakultas kedokteran/kedokteran gigi untuk meyakinkan kualitas SDM yang di produksi. Berikut petikannya :

*“saya dalam tugas, dalam konteks pendidikan tingginya, akan mendukung dengan apa, dengan tugas fungsinya di dikti, yaitu *empowering, facilitating, dan enabling* pada fakultas-fakultas untuk meyakinkan SDM yang kita produksi itu” (informan 9)*

Informan 10 menjelaskan bahwa fungsi institusinya adalah memfasilitasi dan mengkoordinasikan kebijakan teknis untuk dibuat menjadi perundang-undangan yang dihormati oleh daerah. Berikut petikannya :

*“Sesuai tugas fungsi biro hukum kita hanya memfasilitasi untuk seterusnya mengkoordinasikan bagaimana kebijakan-kebijakan dibuat oleh teknis itu dijadikan peraturan perundang-undangan supaya dihormati oleh daerah gitu, itu prosesnya bagian peraturan perundang-undangan... kita sebagai biro hukum menangkap apa persoalan-persoalan di daerah terkait regulasi-regulasi kita, khususnya persoalan penyebaran tenaga kesehatan kita. Khususnya dokter misalnya, banyak puskesmas itu tidak ada dokter”. (Informan 10)*

Informan 11 menjelaskan bahwa fungsi biro kepegawaian adalah untuk rekrutmen tenaga PNS di lingkungan Departemen Kesehatan dan pengangkatan dokter dan dokter gigi PTT, berikut petikan jawaban informan:

*"Kita ini, biro kepegawaian adalah pemenuhan untuk PNS untuk lingkup depkes, dan untuk PTT-nya..". (Informan 11)*

### **5.3.3.2 Tata Hubungan Kerja Institusi Terkait Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi**

Menurut Informan 1, 2 Kerjasama belum terjalin dengan baik dan belum optimal. Masing-masing institusi menerbitkan peraturan dan pedoman sendiri sesuai dengan tupoksinya. Dalam rapat-rapat tentang penempatan dokter seringkali organisasi profesi tidak dilibatkan, walaupun diundang tidak hadir. Sehingga dalam implementasi kebijakan di lapangan masih banyak kendala yang dihadapi. Berikut petikannya :

*"Terus terang aja belum, di Undang-undang praktik kedokteran memang disebutkan pembinaan praktik kedokteran dilaksanakan oleh stakeholders, artinya oleh KKI juga, organisasi profesi juga, pemerintah juga, tapi terus terang aja belumlah... belum optimallah, jadi sepertinya sih ya... masing-masing aja, jadi kalau misal ada sesuatu, kan biasa di kita itu, baru... kalau sekarang sih memang Menkes ada peraturannya, KKI ada pedoman-pedoman bagaimana pembinaan kepada dokter, tapi bagaimana implementasinya itu supaya sinkron itu, antara siapa nih, menurut saya tuh, a... apa namanya IDI punya peran yang besar dan dinas kesehatan, di kabupaten kota punya peran betul untuk membina praktik dokter yang baik,...bagaimana menjaga kualitas praktik a... apa namanya perkembangan ilmu itu." (Informan 1)*

*Kerjasamanya belum terjalin dengan baik, ya...leading sektornya ada di departemen kesehatan, ya pokoknya dengan jajaran dibawahnya, pemerintah daerah, sering kali profesi tidak dilibatkan dalam rangka pemerataan pelayanan itu. Dalam rapat penempatan tenaga seringkali, mereka tidak ada diundang, kalau pun diundang, kadang ga datang. Sehingga kadang depkes, mengambil sikap sudah di rapatkan orang profesi gak datang, diputuskan. (informan 2)*

Informan 3 menjelaskan bahwa belum ada kebijakan tentang master planning di Indonesia khususnya tenaga dokter dan kebijakan Depkes di nilai yang dilakukan *by project*. Sebaliknya informan 5 menyebutkan PDGI cukup banyak dilibatkan dalam pembuatan regulasi kebijakan, walaupun diklarifikasi oleh informan 6, bahwa selama masih bersifat konsultatif dan tidak ada tatakerja yang baku.

*"...bisa iya, bisa tidak itu, karena tau sendiri depkes, itukan kebijakannya selalu ya, by project gitu lho...tidak ada master plan yang jelas gitu, ada pilot project, atau ada kebijakan, sesuatu yang responsif muncul, yang terjadi sekarang ya gini. Jadi kalau ditelusuri adalah, apakah ada kebijakan tentang master planning di Indonesia khususnya dokter, itu pertanyaan yang harus dijawab dulu, nah kalau ada, kemudian stakeholders mana yang harus dilibatkan dalam proses-prosesnya"* (informan 3)

*"Cukup banyak dilibatkan, jadi misalnya dalam pembuatan regulasi, kita di undang dimintakan saran maupun dalam pembuatan kebijakan."* (Informan 5)

*"Yah...selama ini sifatnya baru bersifat konsultatif, bersifat tukar menukar informasi, tapi tidak ada tata kerja yang baku ya, belum ada...belum ada, jadi memang dulu itu... pure oleh depkes, belakangan baru dilibatkan dalam rangka tukar pendapat, mencari masukan...tetapi belum ada tata kerja."* (Informan 6)

Sebaliknya Informan 7,8,9, dan 11 yang merupakan informan yang berasal dari institusi pemerintah menjelaskan bahwa dalam menyusun kebijakan selama ini melibatkan semua *stakeholders* termasuk organisasi profesi. Berikut petikannya :

*"Bukan pernah, justru menyusun ini semua berdasarkan siapa yang terkait, pada saat itu tahun 2004 konsil belum lahir kan, gak kita libatkan, tapi IDI, PDGI kita libatkan, PBNi itu kita libatkan, pada saat menyusun buku ini makanya muncul ini ya...yang saya bilang tadi rasio dokter ini ya...menetapkan ini juga, bukan kita sendiri ya, semua stakeholders terkait kita libatkan unit terkait depkes, yanfar, yanmedik, semua kita libatkan karena itu aturan main menyusun buku pedoman, buku kebijakan kebijakan itu, gak bisa sendiri, lintas program, bahkan terakhir itu lintas sektor kita undang sehingga bisa menghasilkan ini".* (Informan 8)

*"Ya...ya..betul ada koordinasi dengan stakeholders ini dalam menyusun kebijakan"* (Informan 11)

Tetapi informan 10, yang berasal dari biro hukum dan organisasi menjelaskan bahwa dalam menyusun kebijakan khususnya RPP tentang penempatan tenaga kesehatan, organisasi profesi tidak dilibatkan. Berikut petikannya :

*“KKI kita undang, IDI/PDGI belum, gak ada rasanya belum ada.” (Informan 10)*

### 5.3.4 Sumber (Resources)

#### 5.3.4.1 Sumber Dana/Modal

Ketika ditanyakan bagaimana tentang anggaran yang dialokasikan pemerintah pusat dalam rangka pemerataan dokter dan dokter gigi, jawaban informan cukup bervariasi. Ada 5 informan yang menyatakan bahwa anggaran telah mencukupi untuk pendistribusian dokter dan dokter gigi. Berikut petikannya:

*“Dana dari Depkes sudah cukup banyak, untuk PTT kemana pun mereka bisa di tempatkan malah gajinya bisa lebih tinggi, daerah biasa, terpencil dan sangat terpencil itu bedanya sangat tinggi, artinya dari aspek penghasilan, dokter yang mau ke daerah yang sangat terpencil itu penghasilannya tinggi. Belum lagi dapat bonus dari daerah. Tapi ini semua kadang-kadang tidak membuat dokter tidak betah berada di daerah.” (Informan 2)*

Sementara dari informan 3, diperoleh informasi bahwa insentif yang diterima oleh dokter dinilai belum memadai, karena pemerintah menghargai dokter seperti PNS pada umumnya bukan sebagai profesi. Berikut petikannya :

*“Kalau dibilang memadai belum, sebab kita IDI melihat, pemerintah itu menghargai dokter bukan sebagai dokter, tapi sebagai PNS, jadi kalau anda direkrut secara PNS, apakah SKM atau dokter, dapat 3A, ya gaji, gaji 3A, nah kalau kita dihargai sebagai profesi, horga profesi itu berapa, itu bedonya. Sistem kita sekarang belum menghargai dokter sebagai seorang profesi...” (Informan 3)*

Informan 6 menjelaskan pada awalnya insentif yang diberikan oleh pemerintah cukup menarik, tetapi keterlambatan pembayaran membuatnya menjadi

tidak menarik karena perlu perjuangan tersendiri untuk mendapatkannya. Berikut petikannya:

*"...insentif untuk PTT dan sebagainya, dulu pada saat dikeluarkan memang cukup atraktif ya, tapi ntah dengan inflasi sekarang apakah itu masih attractif atau tidak, tapi yang menjadi kurang attractif adalah bahwa dibayarkannya terlambat, ...jadi ada kendala-kendala dalam merealisasi insentif tersebut walaupun mungkin pada akhirnya dibayarkan ya...tapi cukup membuat repot para tenaga kesehatan ini. Karena telat dibayarkan, perlu perjuangan tersendiri untuk mendapatkan apa namanya ...insentif yang sudah dijanjikan jadi tidak serta merta kemudian jalan dengan lancar perlu tidak membayar bolak balik yang saya dengar ya. (Informan 6)*

Dari informan 7 diperoleh informasi bahwa untuk mempercepat pemerataan pelayanan kedokteran spesialis, pusrengun menyiapkan anggaran untuk insentif dokter residen yang bersedia ditempatkan bekerja di rumah sakit terpencil. Tetapi anggaran tersebut tidak maksimal terserap karena kurangnya residen yang bersedia ditempatkan. Berikut petikannya :

*"Sebenarnya sih...kalau dari segi anggaran, sebenarnya dibidang cukup gimana ya, a...dibidang cukup malah berlebih ya kemarin, bukannya karena apa namanya, daerah tidak membutuhkan ga, tetapi nggak ada yang ditugaskan gitu, sedikit sekali yang mau bertugas. Sehingga kita sudah mencoba untuk mengalokasikan anggaran itu hanya 50 % sebenarnya dari total usulan yang dari daerah... daerah itu banyak sekali yang butuh, Kita menyediakan 50% dari anggaran itu aja tidak terserap semua, karena memang sedikit sekali yang mau ditugaskan." (Informan 7)*



**Tabel 5.7 Usulan Kebutuhan VS Realisasi Penempatan  
Residen Senior Tahun 2008**

No	Propinsi	Jumlah RSUD			Jumlah Residen Senior		
		Pengusul	Penerima	%	Usulan	Realisasi	%
1	NAD	16	9	56%	97	16	16%
2	Sumut	13	7	54%	71	14	18%
3	Maluku	7	2	29%	38	4	11%
4	Malut	7	1	14%	22	1	5%
5	Papua	5	1	20%	15	10	67%
6	Papua Barat	3	1	33%	5	1	20%
7	Sultra	1	0	0%	5	0	0%
8	NTT	1	0	0%	3	0	0%
9	Gorontalo	6	3	50%	33	5	15%
10	Jateng	1	1	100%	8	1	13%
11	Kaltim	1	0	0%	3	0	0%
	<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>25</b>	<b>41</b>	<b>300</b>	<b>52</b>	<b>17%</b>

Sumber data : Badan PPSDM

Informan 9 menjelaskan bahwa biaya pendidikan mahasiswa kedokteran/kedokteran gigi sebenarnya yang paling besar di subsidi oleh pemerintah, sekitar 50% , walaupun biaya yang dikeluarkan oleh mahasiswa sendiri untuk mendapatkan pendidikan di fakultas kedokteran/kedokteran gigi sudah cukup besar dibandingkan dengan fakultas lainnya. Hal ini sebenarnya yang mendorong dokter/dokter gigi lulusan baru untuk mau bekerja di daerah terpencil, hal ini mungkin disebabkan karena kurangnya sosialisasi untuk meningkatkan pemahaman dokter dan dokter gigi lulusan baru.

*"...pemerintah menyiapkan suatu sistem, karena kan pendidikan kedokteran inikan termasuk pendidikan yang mendapat subsidi paling besar dari negara, jadi sebenarnya uang yang dibayar mahasiswa itu gak sampai 20% dari kebutuhan untuk pendidikannya, jadi negara ini membiayai lebih dari 50 % , nah harusnya setiap anak yang diluluskan itu, rasa keinginan berkontribusinya disitu, nah sistem yang disiapkan ini bisa mengakomodasi itu, jadi kalau dulu sederhananya ya ada inpres, dokter inpres, dia harus mengabdikan diri dulu disuatu tempat, dan sekarang ada PTT, tetapi karena berbagai hal-hal teknis kemudian dikaji ulang, sehingga kalau dokter sekarang gak ingin kemana-mana ya, disalahkan individunya karena mungkin*

*sistem nya belum siap juga ya...karena kadang-kadang ada yang kepengen tapi tidak tahu kemana atau kita kurang mensosialisasikan bahwa sebenarnya pendidikan kedokteran sebarangpun mahalnya dibayar mahasiswa untuk diketahui itu itu negara masih mensubsidi lebih 50%.” (Informan 9)*

#### **5.3.4.2 Sumber Tenaga/SDM**

##### **5.3.4.2.1 Respon Dokter dan Dokter Gigi dengan besaran Insentif Dana dan Waktu Masa Bakti**

Sebagian besar informan menjelaskan bahwa respon dokter dan dokter gigi terhadap insentif yang diberikan oleh pemerintah pusat adalah baik khususnya untuk daerah sangat terpencil dengan masa bakti 6 bulan, karena dianggap telah menyelesaikan masa bakti selama 1 tahun. Informan 10 melihat ada ambivalen atau bertolak belakang, karena walaupun banyak peminat dokter dan dokter gigi yang melakukan PTT tetapi masih banyak puskesmas yang tidak memiliki dokter. Berikut petikannya :

*“Itu responnya baik yang 6 bulan itu, dan itu banyak diminati, karena 6 bulan itu dianggap dia telah menyelesaikan masa bakti 1 tahun, karena 6 bulan itu kan, tidak semuanya hanya beberapa kabupaten, dan itu 6 bulan itu, daerahnya memang sangat sulit, rawan bencana, sulit di jangkau, sehingga dengan memendekkan masa bakti itu adalah salah satu, kita untuk menyaring minat mereka tapi bagus ya...bukan bagus, tapi banyak sekali diminati.” (Informan 11)*

*Saya kira ya, karena sekarang ini di katakan juga, dokter-dokter, dia agak ambivalen juga ya, agak bertolak belakang juga ya, pada ...kalau kita lihat di biro kepegawaian itu ada antri orang yang masuk PTT kan? Tapi di satu sisi lagi kalau daerah menyatakan masih kurang, masih banyak puskesmas-puskesmas yang tidak ada. ... antrinya mereka itu, jadi cukup bermaknalah dengan adanya tingginya insentif ini. (Informan 10)*

Informan 3 menjelaskan bahwa IDI sedang memperjuangkan peningkatan pendapatan bagi dokter yang bekerja di seluruh wilayah Indonesia. Hal ini

menunjukkan bahwa IDI yang merupakan asosiasi profesi dokter di Indonesia belum puas terhadap insentif yang diberikan kepada dokter selama ini. Berikut petikannya :

*"...profesi dokter, sebenarnya minimal dia dihargai 10 juta, waktu 0 tahun, kenapa begitu ya, karena itulah penghargaan kepada profesi yang dia sudah sekolah sekian tahun, dia terlibat proses penyembuhan dan kematian seseorang, dia harus belajar terus menerus...kalau tidak memenuhi dia kemudian SIP nya dicabut, kalau macam-macam dia bisa dituntut dan sebagainya ... tidak memandang dia apakah PNS apakah PTT, tapi jika anda mempunyai kompetensi seperti itu, tanggungjawab seperti itu, ya harganya juga sekian, kita mengarah ke sana." (Informan 3)*

Informan 3 menjelaskan bahwa IDI melakukan uji coba di kabupaten/kota tertentu sebagai *pilot project* dalam menyamakan pendapatan profesi dokter di suatu daerah dengan tidak membedakan tempat bekerja dan status kepegawaian seorang dokter. Upaya ini dilakukan melalui advokasi kepada pemerintah daerah. Berikut petikannya:

*" Nah ini kita udah terapkan pada uji coba di IDI, yang pasti di daerah bontang itu ya, itu ada proyek dokter keluarga di sana, pertanyaan kami disana adalah bahwa apakah dokter-dokter umum atau dokter keluarga. penghargaannya berbeda, karena dia pegawai PT. Badak, pegawai PTT pupuk kaltim, atau dia jadi PNS daerah situ, atau PTT. Atukah dilihat dari kompetensinya? Kondisi saat itu, di PTT badak itu, pendapatan dokter nya adalah 8 juta, di pupuk kaltim itu 6 juta, tapi pupuk kaltim itu, pendapatan per tahunnya itu 18 kali, PT badak itu 16 kali, mereka dapat rumah, nah yang dipuskesmas itu pendapatannya Cuma 1,8 juta PNS, kemudian sebagai PNS kota bontang mereka mendapat bonus lagi 1 juta, jadi 2,8 juta, jadi ada kesenjangan. Sesama dokter dia bekerja sebagai PNS di kota bontang, gajinya paling banyak 3 juta, dan temennya yang satu kelas, di PT badak, dia dapatnya 8 juta, kami memperjuangkan hal itu, jadi kalau mau dokter keluarganya lanjut, artinya bukan kompetensinya bukan karena status, jadi kita minta PNS kota bontang itu ditambah 4 juta, jadi akhirnya mereka sudah mendapat sekitar 6,8 juta." (Informan 3)*

### 5.3.4.2.2 Faktor-Faktor Pertimbangan Dokter dan Dokter Gigi Dalam Memilih

#### Lokasi Penempatan

Sebagian besar informan menjelaskan bahwa faktor-faktor yang menjadi pertimbangan dokter dan dokter gigi dalam memilih lokasi adalah pendapatan yang diperolehnya selama bekerja di sana. Disamping itu faktor lain yang turut mempengaruhi adalah :

1. Insentif
2. Pendidikan untuk anak (keluarga)
3. Aktualisasi Diri (Teory Maslow)
4. Keamanan (Security)
5. Lama penugasan
6. Fasilitas Sarana Pelayanan Kesehatan
7. Kultur (budaya) daerah
8. Kondisi alam/lingkungan seperti cuaca

Berikut petikannya :

*"Ah ... itu gampang sekali, untuk kepentingan dia, ada gula ada semut, juga kalau kita dengar-dengar, mereka itu, untuk anaknya, masalah pendidikan anaknya, kalau di suatu daerah kalau tidak ada pendidikan yang ini...tentu ya (1) terus terang income buat dia (2) masalah keluarga berperan buat dia terutama pendidikan anak-anaknya itu." (Informan 1)*

*"kita harus melihat dokter sebagai manusia, manusia anda tahu...bahwa Maslow ya, kebutuhan pokok ya, jadi saya tidak berbicara masalah dokter, manusia, manusia itu ada kebutuhan-kebutuhan dasarnya, primer, sekunder, tersier, dia butuh aktualisasi diri dan sebagainya, nah artinya apa untuk dokter baru lulus, kemudian, dia dikasih 10 juta, di taruh di daerah terpencil, sorong misalnya, tidak ada masalah buat mereka, dia semangat, dia pendapatannya cukup, pertanyaannya setelah 5 tahun apakah aktualisasinya cukup? Dia sebagai manusia ini, pasti dia akan kurang, kalau pertumbuhan daerah itu tidak mendukung dia, nah...kita bicara masalah kebutuhan sekunder, tersiernya, dia banyak uang, tapi uangnya gak laku, karena gak ada hiburan yang bisa dia lakukan, dia punya anak umur 2 tahun gitu, berenang gak bisa, dia ingin anaknya les piano, tidak bisa, nah disitu adalah tidak bicara dokter*

*aja, bahwa semua orang itu pada level tertentu, kemudian kebutuhannya tidak terpenuhi, dia tidak merasa nyaman lagi disitu, jadi sekarang saya ngomong bawah dukungan infrastruktur dan masyarakat di daerah itu juga sangat menentukan, apakah dokter itu mau atau tidak tinggal di daerah sana. Nah ini selalu yang tidak di lihat itu. "(Informan 3)*

*"Yang menarik adalah saya pikir adalah keamanan daerah itu, daerah itu aman, misalnya dulu banyak sekali dokter yang mau ke wilayah dekat-dekat poso dokter dokter gigi perempuan pun waktu itu mau sampai ke Dili sampai ke Kupang, jadi faktor keamanan, kemudian faktor apa ya...kejelasan daerah yang mau dituju seperti apa, kemudian...bagaimana cara mencapai ke sana, itu juga, kemudian bagaimana tinggal disana, jadi akomodasi, fasilitas, apa yang ada atau bagaimana mereka bisa mengupayakan tempatnya, jangan sampai sudah ke daerah sangat terpencil datangnya tengah malam, gak tau kemana harus pergi... turun dari perahu, dia dari pinggir sungai apa ...lewat sungai kemudian dari situ kemana. Dan itu bagi siapapun rasa kenyamanan, ketentraman, security itu penting. Jadi kog itu disana ...Oh itu aman kog disana, apa namanya semuanya jelas...tinggal dimana...tinggal dimana ya..."(Informan 6)*

*"(disamping insentif), Lama penugasan, fasilitas disana: perumahan, kendaraan, terus kemudian kalau misalnya mereka bawa keluarga itu, ada sekolah untuk anak, misalnya seperti itu, nah yang lainnya juga yang dipandang penting terutama untuk spesialis itu jumlah kasus sebenarnya, kalau jumlah kasusnya banyak itu juga menarik buat mereka, terus kemudian yang tak kalah pentingnya sarana prasana di saryankes itu sendiri...kami ada pengalaman itu yang menempatkan dokter spesialis ke sebuah Rumah sakit ya...Kami kan selalu meng-confirm ke rumah sakitnya: ada alatnya atau enggak, dibilang ada gitu, itu dokternya di kirim ke sana, ternyata sarananya tidak memenuhi persyaratan, alatnya tidak bisa dipakai, itu juga bikin demotivasi untuk dokter yang kesana dan sebenarnya jadi useless karena dia tidak bisa melayani karena tidak disediakan pelayanan, jadi itu faktor yang penting yang mendorong..."(Informan 7)*

*"Kalau yang saya paham, dan saya dengar dari dokter-dokter yang selama ini mengikuti bagaimana diskusi penempatan ini, ya daerah terpencilkan sulit berkembang, sistem informasi sulit, terus budaya masyarakat setempat kurang bisa dia beradaptasi dengan daerah-daerah seperti itu, katakanlah kalau dokter cewek yang masuk ke daerah itu, itu dia apa itu, ya dianggap artis, yang digodain, segala macam, itu kan lama-lama gak betah juga gitu, di daerah situ, dan kayak main dukun segala macam, ya kan?" (Informan 10)*

#### 5.3.4.2.3 Kesiapan / Koordinasi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah

Dengan berlakunya Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah serta Peraturan Pemerintah no. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota maka masing-masing daerah memiliki kewenangan untuk menentukan penyebaran tenaga kesehatan.

Jawaban informan tentang kesiapan/koordinasi pemerintah pusat dan pemerintah daerah cukup variatif. Tiga orang informan menjawab koordinasi selama ini baik, tiga orang informan menjawab kurang baik/ada gap antara pemerintah pusat dan daerah, selebihnya menjawab sangat variatif tergantung daerah masing-masing.

Ketidaksiapan disebabkan karena :

1. Daerah tidak menyiapkan sarana prasarana di fasilitas pelayanan kesehatan seperti alat bedah bagi dokter spesialis bedah sehingga ybs. tidak dapat melakukan fungsinya sebagai dokter spesialis bedah.
2. Kebijakan pelayanan kedokteran gigi tidak menjadi prioritas di daerah, sehingga menjadi permasalahan dalam pemenuhan ketenagaannya.
3. Ketidaksiapan aspek management pembangunan kesehatan secara mandiri di masing-masing kab/kota khususnya wilayah yang baru terbentuk
4. Daerah tidak memprioritaskan formasi tenaga kesehatan dalam pengangkatan pegawai baru.

Berikut petikannya :

*"Sebetulnya sistemnya bagus, sudah siap secara sistem, tapi dukungannya kadang kurang, misalnya "sarana prasarana" contoh misalnya seorang dokter spesialis, spesialis bedah yang ditempatkan di suatu rumah sakit X, di kabupaten, begitu dia sampai disana tidak ada alat yang dipakai untuk bedah, jadi secara sistem bagus, tapi dukungan sarana prasarana masih kurang, sering kali kurang, jadi secara*

otomatis lho...dokter itu gak bisa kerja karena dia bekerja di bawah standard ga mau dia. Secara Undang-Undang Praktik Kedokteran, gak boleh mereka, melakukan prakti k kedokteran di bawah standard gak boleh." (Informan 2)

"Kayaknya ada gap antara kebjiaan di pusat dengan kesiapan di daerah, gap nya di...e... apa ya namanya me-manage apa tuh program yang sekarang sebagian besar...anggaran dan sebagainya diserahkan kepada daerah ya kan... Dari depkes sekarang sudah sedikit banyaknya dia sudah mengurangi beban oleh pemerintah pusat diturunkan menjadi beban oleh pemerintah daerah . Kemudian apa namanya persepsi atau pemahaman, atau...prioritas pembangunan kesehatan berbeda dari satu daerah ke daerah yang lain, dan itu sangat mewarnai kebijakan-kebijakan, ketentuan ketentuan yang terkait dengan penyelenggaraan kesehatan di masing-masing di daerah, jadi ketidaksiapannya mungkin dari aspek management bagaimana memmanagement pembangunan kesehatan secara mandiri ...kalau dulu kan sudah ada ketentuan program nasional kemudian harus begini begitu kemudian pelaparannya dan sebagainya semua ditentukan dari atas, sekarangkan dilepas di bawah, jadi mengenai manitaring, evaluasi, dan sebagainya saya tanda tanya besar, apakah standardize dari satu daerah ke daerah lain kemampauannya apakah sama." (Informan 6)

"Sebenarnya dengan dampak desentralisasi itu, kita ini memang, kita itu, koordinasinya kurang begitu terjalin baik ya, karena daerah itu punya ego masing-masing gitu ya, dan punya kepentingan masing-masing gitu ya ... ya kita sih semakin perbaikan-perbaikan, contohnya bu menkes aja raker kesnas, itu adalah salah satu untuk mensinkronkan, mengkoordinasikan, antara pemerintah pusat dan daerah, jadi menteri kesehatan juga mengundang selain kepala dinasnya, itu ada bupatinya, selain bupatinya juga bkd nya tergantung keuangan kemampuan kita. Jadi dalam rangka mengkoordinasikan program-program kesehatan antara pemerintah pusat sama pemerintah daerah. Karena otonomi, kita tidak bisa mencampuri urusan mereka kan? Oleh karena itu kebijakan pemerintah pusat untuk pemerataan pelayanan itu yang kita ambil alih dengan yang PTT untuk kriteria T dan ST." (Informan 11)

### 5.3.5 Proses Pembuatan Kebijakan

#### 5.3.5.1 Penyusunan Agenda

Ketika ditanyakan "apakah agenda pemerataan dokter dan dokter gigi menjadi agenda/prioritas di institusi saudara?" jawaban informan cukup bervariasi. Informan 1 dan 2 menyebutkan bahwa agenda pemerataan dokter dan dokter gigi merupakan tugas dari Departemen Kesehatan. Berikut petikannya :

*"Pasti itu bukan tugasnya KKI, ....seharusnya leading sektornya Depkes, tapi semua orang harus terlibat..."(Informan 1)*

Sementara dari informan 3 dan 10, menjelaskan bahwa agenda pemerataan terkait dengan isu globalisasi, dimana pada apabila perdagangan bebas telah diberlakukan di ASEAN, maka tidak ada perbedaan perlakuan terhadap dokter/dokter gigi WNI dan WNA. Berikut petikannya :

*"Agenda, ini sangat terkait dengan kebijakan globalisasi, globalisasi ini sebetulnya kan kita tidak boleh menolak orang, artinya dokter Malaysia yang mau praktik di Jakarta, harus diberlakukan sama dengan dokter lulusan UI, trisakti, yang mau praktik dokter. Jadi globalisasinya disitu. Nah salah satu instrumen yang bisa dilakukan, kalau kita sendiri, kita sudah bisa menentukan formasi-formasi itu, misalnya jakarta tertutup, bekasi tertutup, tanggerang tertutup, misalnya, ini betul-betul dilakukan transparan". (Informan 3)*

*"Tahun kemarin saya rasa iya, karena ada isu kita dengan Malaysia, yang daerah-daerah perbatasan dengan Malaysia. Itu ekonomi daerah-daerah itu dibangun oleh orang-orang Malaysia, kita kan pengen, jadi jangan menjadi sumber permasalahan juga dengan tetangga kan, nah itu jadi perhatian pada waktu itu, termasuk bagaimana sarana kesehatan itu ada dokternya,kita sudah bangun sarana puskesmas tetapi tidak ada dokter, tidak ada tenaga-tenaga buat apa sarana-sarana yang kita bangun habis saja gitu, jadi tahun-tahun 2008 2007 cukup kuatlah bagaimana kita pengen tenaga-tenaga dokter ini mau ditempatkan di daerah-daerah khususnya di daerah perbatasan, di daerah-daerah sangat terpencil itu." (Informan 10)*

Di Pusrengun Depkes RI, isu pemerataan merupakan salah satu agenda prioritas karena merupakan tupoksi dari insititusi tersebut. Berikut petikannya:

*"Ya termasuk salah satunya, karena diu termasuk tenaga kesehatan strategis....Tetap depkes ya, dalam hal pemerataan SDM kesehatan, Badan PPSDM sesuai tupoksinya..".(Informan 7)*



### 5.3.5.1.1 LSM atau Media Massa yang Peduli Terhadap Issue Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi

LSM atau Media Massa merupakan alat yang efektif untuk mendorong pemerintah melakukan “agenda setting” terhadap suatu kebijakan. Sebagian besar informan menjelaskan bahwa ada LSM atau media massa yang peduli terhadap pemerataan dokter dan dokter gigi dan hal ini merupakan bagian dari upaya peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan di masyarakat. Berikut petikannya :

*Media masa saya rasa cukup banyak yang ini, media cetak secara intensif memberitakan misalnya kurangnya tenaga kesehatan di daerah, lalu juga bagaimana kondisi kerja tenaga kesehatan di daerah, lalu apa yang dilakukan baik succes story maupun permasalahan yang ada, dan juga saya misalnya ada stasiun televisi juga ya sempat menyiarkan kegiatan dokter keluarga yang membuat liputan yang meliputi kegiatan dokter keluarga ketempat-tempat penduduk, karena memang keluarga kan paradigma nya paradigma sehat, jadi bukan orang sakit, lalu dokter turun tangan, ...bagaimana mengusahakan agar masyarakat itu tetap sehat, gitu kan, jadi dia antara lain kunjungan ke rumah, kan saya lihat ada itu televisi yang sempat membuat reportase itu. (Informan 5)*

*Ya..tentunya media massa itu efektif sekali ya dalam membangun opini ya, sekarang bagaimana...memang ini merupakan suatu tantangan ya...bagaimana kita membangun awarness kesadaran ... (Informan 6)*

Informan 8 menjelaskan bahwa LSM hanya bisa mengkritik, dan kalaupun mengerjakan hanya *pilot project* di desa tertentu. LSM di nilai kurang memahami kompleksitas masalah yang dihadapi dalam pemerataan dokter dan dokter gigi.

Berikut petikannya :

*“Kalau yang non pemerintahnya, kalau saya terus terang saya paling benci itu kalau dari LSM itu Cuma bisa mengkritik, kalau dia ngerjakan paling ngerjakan di satu tempat saja, misalnya pilot project di desa X, satu kampung itu aja dia, tapi yang namanya kita kan, ngurusi seluruh Indonesia kan susah. Kritik banyak, tapi kalau ada LSM yang anu...kita sih sangat setuju sekali. Kan masalah pendistribusian kan itu, sangat-sangat kompleks masalahnya. Sangat kompleks masalahnya, sangat kompleks yang terlibat. Sangat kompleks orang yang seharusnya berperan serta, tapi tidak berperan serta, tumpuannya kadang hanya disalahkan satu saja.” (Informan 8)*

*Ada, tapi LSM itu kan kita lihat, ada yang positif ada yang negatif, he..he..., pasti ada banyak sih..apalagi di FKM juga banyak, banyak...bulan sabit ya, terus itu..bukan palang merah, satu lagi, Mercy...LSM yang bertaraf internasional. (Informan 11)*

#### **5.3.5.2 Formulasi Kebijakan**

Sebagai pelaksanaan amanah UUD 1945 yang menyatakan bahwa masyarakat berhak atas pelayanan kesehatan, yang artinya pemerintah bertanggung jawab atas penyediaan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia sehingga masyarakat mudah untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatannya. Di samping itu Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan mengamanahkan di dalam penjelasan pasal 52 Ayat (1), dikatakan bahwa :

*"Dalam rangka upaya untuk pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, pendayagunaan tenaga kesehatan secara rasional sangat diperlukan, Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan melalui Masa Bakti dan Cara Lain".*

Seiring dengan pengakuan dan penghargaan terhadap hak asasi manusia dalam bidang ketenagakerjaan maka ditetapkanlah Undang-Undang No. 13 tahun 2003 tentang ketenagakerjaan yang mencabut Undang-Undang No. 8 tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana. Sebagai tindak lanjut dari Undang-Undang itu ditetapkanlah Peraturan Menteri Kesehatan No. 1540/Menkes/Per/XII/2002 tentang Penempatan Tenaga Medis melalui Masa bakti dan Cara lain.

Terminologi masa bakti dan cara lain seakan tidak relevan dengan adanya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran yang lebih mengarah kepada kebebasan menjalankan profesi bagi dokter dan dokter gigi tanpa adanya pemaksaan oleh pemerintah. Lebih dari pada itu pemerintah bertanggung jawab untuk mengatur penempatan tenaga medis sebagai upaya untuk pemerataan

pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat melalui pendayagunaan tenaga kesehatan termasuk tenaga medis secara rasional.

Untuk mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan tersebut maka pengabdian tenaga medis perlu ditingkatkan, sehingga perlu menata kembali penempatan tenaga medis secara lebih terarah dan menyeluruh. Pemerintah, organisasi profesi dan masyarakat lain yang terkait penting untuk berperan aktif dalam penataan ini sehingga pemerataan penempatan tenaga medis dapat dicapai.

Sesuai dengan informan 10, yang bekerja di Biro Hukum dan Organisasi, Penyusunan Naskah Akademik dalam rangka penyusunan RPP sedang dalam proses dengan melibatkan orang-orang yang terkait dan concern terhadap pengaturan tenaga kesehatan termasuk PTT di dalamnya. Berikut petikannya :

*"... , kita telah susun naskah akademik undang-undang, kita undang orang yang concern terhadap itu, orang-orang yang betul-betul terlibat dalam pengaturan tenaga kesehatan, penempatan PTT....berdasarkan kajian bersama dirapat-rapat penyusunan tim naskah akademik itu kira-kira mengatur apa, dari naskah akademik itukan kita bisa ngambil point-point apa yang kita bisa atur, disitu disebutkan materi apa yang harus diatur ke RPP nantinya kan begitu" (Informan 10)*

Informan 11 menyebutkan kesulitan yang dihadapi dalam memformulasi peraturan penempatan dokter dan dokter gigi karena dengan adanya ditetapkanlah Undang-Undang No. 13 tahun 2003 tentang ketenagakerjaan yang mencabut Undang-Undang No. 8 tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana, maka RPP yang akan disusun tidak boleh mewajibkan dokter dan dokter gigi untuk melaksanakan masa bakti. Berikut petikannya :

*"Cuma ini agak kontroversial juga, kesulitannya itu tadi, dengan adanya UU praktik kedokteran, adanya UU 13 tentang ketenagakerjaan yang mencabut Undang-Undang wajib kerjas sarjana itu menjadi kesulitan kita, untuk*

*menempatkan dokter-dokter itu, tanpa itu saya kira-kira susah itu, kecuali kita ngadain anggaran yang sangat besar, ndak taulah besarnya berapa” (Informan 10)*

Dalam penyusunan naskah akademik RPP tentang penempatan tenaga kesehatan organisasi profesi. Informan 10 tidak tahu apa yang menjadi pertimbangan pimpinan sehingga organisasi profesi tidak dilibatkan.

*“...tim penyusun naskah akademik itu. Itulah orang-orang yang kita tempatkan menjadi tim penyusunan untuk itu, habis kita gak tahu juga, pertimbangan-pertimbangan apa pimpinan menunjuk orang-orang seperti itu, kita gak tau. ....KKI kita undang, IDI/PDGI belum, gak ada rasanya belum ada. ...saya kira ini salah juga seharusnya dilibatkanlah, tetapi saya ndak tau, pimpinan itu pertimbangannya apa sehingga orang-orang ini yang kita undang.” (Informan 10)*

Ketika ditanyakan apa yang mendasari mengapa organisasi profesi belum dilibatkan informan menjelaskan ada perbedaan sisi / sudut pandang antara pemerintah dan organisasi profesi . Apabila di libatkan dikhawatirkan akan menghilangkan cita-cita pemerintah dalam mengatur penempatan. Informan 10 juga menjelaskan bahwa RPP ini sedang “cooling down” masih menunggu kebijakan dari biro kepegawaian departemen kesehatan. Berikut petikannya:

*“Karena pertimbangan bisa saja kali...karena tidak akan efektif barangkali kalau IDI tidak dilibatkan dari awal bisa saja...ini gak tahu pertimbangan bisa saja seperti itu kan karena kita tidak bersama sisi...kita tidak sama sisi dengan profesi...sudut pandangnya berbeda bentuknya kan, takutnya menekan cita-cita pemerintah dalam mengatur penempatan ini.Barangkali kalau proses itu digulirkan misalnya, ini kan RPP gak dipush-push terus nih, artinya masih cooling down aja, gak tau sampai kapan RPP kita mau ditindaklanjuti itu, kan waktu itu kita menunggu bagaimana kebijakannya yang harus dilakukan oleh departemen kesehatan persisnya biro kepegawaian terkait dengan ini, itu kita tunggu dulu, ...” (Informan 10)*

Issue-issue yang berkembang dalam penyusunan kebijakan pemeratan dokter dan dokter gigi adalah :

1. Issue Otonomi daerah : dokter dan dokter gigi yang diangkat PNS di suatu daerah, akan sulit untuk pindah ke tempat lain.
2. Issue Globalisasi : Pada Tahun 2010, di lingkup ASEAN akan diberlakukan MRA (Mutual Recognition Arrangement) dimana dokter dan dokter Warga Negara Asing diizinkan untuk melakukan praktik kedokteran di Indonesia, demikian pula sebaliknya.

Berikut petikannya :

*"...artinya kalau era desentralisasi, kewenangan telah di berikan kepada daerah dalam rangka menentukan kesehatan di daerahnya, artinya pusat tidak lagi mendikte daerah, dalam hal ini sebetulnya juga a...tadi saya katakan di depan bahwa daerah harus mempunyai sistem kesehatan daerah, jadi bagaimana rencana daerah dalam rangka meningkatkan dan memantapkan pelayanan kesehatan di wilayahnya dia, ..."(Informan 2)*

*"Isu otonomi itu sekarang, kalau dokter gigi PNS, dia akan susah pindah dari satu tempat ke tempat lain" (Informan 3)*

*"Dalam hal pemerataan isu yang sekarang aktual muncul adalah isu globalisasi, yaitu misalnya tidak adanya...karena keterbukaan dokter asing boleh berpraktik di indonesia, sempat kita didiskusikan, kita membahas tentang regulasinya percepatan dokter asing di Indonesia, bagaimana kalau dokter asing mau ditempatkan di pelosok-pelosok sementara dokternya indonesia sebenarnya tidak mau, tapi mereka mau, kan sebenarnya kan banyak pro kontra, dokter-dokter asing bagaimana nih kalau dokter asing mau bekerja di Indonesia? Sempat juga terlontar itu." (Informan 5)*

### 5.3.5.3 Adopsi

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1540/Menkes/SK/XII/2002 tentang penempatan tenaga kesehatan medis melalui masa bakti dan cara lain merupakan kebijakan pendistribusian dan pemerataan dokter dan dokter gigi yang diambil oleh pemerintah. Berikut petikannya :

*"PTT cara lain itu adalah jalan keluar supaya mereka tidak merasa diwajibkan tapi kita masih bisa memanfaatkan mereka" (Informan 8)*

Masa bakti di daerah biasa selama 3 (tiga) tahun, dan daerah terpencil, sangat terpencil dan daerah rawan konflik 2 (dua) tahun. Sesuai dengan Kepmenkes 508/MENKES/SK/IV/2007 lama masa bakti untuk daerah terpencil dan sangat terpencil menjadi 6 bulan. Pemerintah berupaya meningkatkan minat dokter/dokter gigi serta dokter/dokter gigi spesialis untuk bersedia bekerja di daerah-daerah terpencil dan sangat terpencil dengan meningkatkan insentif. Peraturan Menteri Kesehatan yang terkait dengan insentif antara lain:

1. Kepmenkes RI No. 508/MENKES/SK/IV/2007 tentang Penetapan Lama Penugasan dan Besaran Insentif bagi Tenaga Medis dan Bidan PTT yang Bertugas pada Sarana Pelayanan Kesehatan, sebagai pengganti Permenkes RI No, 312/Menkes/Per/IV/2006 tentang Insentif bagi Tenaga Medis dan Bidan PTT yang bertugas pada sarana Pelayanan Kesehatan di Daerah sangat terpencil.
2. Kepmenkes RI No. 1235/MENKES/XK/XII/2007 tentang Penetapan Insentif bagi Sumber Daya Kesehatan yang Melaksanakan Penugasan Khusus.

Dalam upaya pemerataan dokter dan dokter gigi, dalam kurun 3 – 5 tahun terakhir, Dirjen Dikti telah memberikan izin terhadap 17 program studi pendidikan dokter baru, insitusi tersebut berada di Bengkulu, Kendari, Palu, Medan, Kupang, Semarang, Pekanbaru, Makassar, Aceh, Palembang, Ambon, Cirebon, Palu, Medan, Kediri, Denpasar. Berikut petikannya :

*"Iya, justru yang dilakukan Dikti saat ini hal itu, terbukti sampai dengan sekitar akhir tahun 2002-2003, kita punya 52 fakultas yang sudah establish cukup lama ya, tetapi dalam kurun 3-5 tahun terakhir ini ada 17 institusi pendidikan dokter baru yang tumbuh, yang tumbuhnya atas inisiatif dari pemerintah daerah setempat" (informan 9)*

Berdasarkan surat no. 2848/D/T2007, tanggal 24 September 2007, perihal tanggapan terhadap usulan pembukaan Program Studi Kedokteran Umum, Dirjen Dikti menolak beberapa institusi pendidikan yang mengusulkan pembukaan program studi kedokteran dengan alasan rasio ideal dokter terhadap jumlah penduduk yaitu 1 berbanding 2500 telah terpenuhi. Institusi pendidikan yang ditolak berada di Propinsi DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Riau, dan Kepulauan Riau.

Informan 9 menjelaskan bahwa masing-masing institusi pendidikan menentukan sendiri jumlah kuota mahasiswa yang akan diterima, berikut petikannya:

*"Itu terkait dengan rasio dosen mahasiswa yang ada dalam buku standard profesi, jadi selama tidak memenuhi rasio itu, dikti tidak mempunyai wewenang apa-apa, karena kan kalau rasionya dipenuhi, itu masih dalam koridor yang diizinkan dalam standard profesi itu." (informan 9)*

Informan 9 mengakui adanya kesulitan yang dihadapi oleh institusi pendidikan dalam memenuhi standard kurikulum yang telah ditetapkan bagi fakultas kedokteran dan kedokteran gigi, tetapi karena adanya *political will* yang kuat, Dikti berupaya untuk mencoba untuk melakukan pembinaan sehingga institusi pendidikan tersebut bisa meningkatkan diri. Berikut petikannya:

*"...karena secara umum dalam pendidikan kedokteran kita mengalami fase transisi, yang lebih, nampaknya seperti revolusi ya, karena sistem kurikulumnya yang berubah kemudian... jumlah sumber daya manusia yang tidak bertambah, itu mereka mengalami kesulitan, nah jadi kami tidak menutup mata mereka mengalami kesulitan tetapi karena ada political will yang kuat, maka yang kami lakukan sekarang adalah mencoba membina, karena kadang-kadang keinginan mereka tidak mendapat bantuan yang tepat ya, atau belum mendapat bantuan yang tepat, nah ini kami sedang bagaimana...cara yang strategislah membina supaya mereka bisa meningkatkan diri" (Informan 9)*

### 5.3.5.3.1 Rekomendasi

Setiap Informan memberikan rekomendasi yang variatif dalam menangani tidak meratanya dokter dan dokter gigi di Indonesia.

Informan 1 merekomendasikan agar dokter diberi kewenangan lain untuk memberikan pelayanan sesuai kebutuhan di daerahnya. Kebutuhan real ditentukan oleh pemerintah daerah. KKI berperan menentukan regulasi untuk memberikan kewenangan lain pada dokter tersebut, sementara profesi dalam membantu memberikan pelatihan kepada dokter dan dokter gigi di wilayah tersebut. Berikut Petikannya :

*“Yang pertama menurut saya itu, kebutuhan real, ..harus ada masukan dari pemerintahan daerah ... kemudian nanti, Depkes bisa optimal membuat perencanaannya. ... Tentu dari kompetensinya KKI bisa berperan disitu bagaimana membuat regulasi, dan kemudian oleh si profesi bisa membantu melatih dokter dokter gigi itu apa aja. Apakah memang dokter itu hanya ada dua jenis :dokter pelayanan primer, spesialis. Hanya itu aja? Apakah tidak ada diantaranya itu, yang saya sebutkan tadi itu, dokter yang mempunyai kewenangan lain. ... tentu nanti rekrutmenya tergantung dari pemerintah, artinya pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, yang kemudian merekrut dokter itu dan menempatkannya itu gak bisalah dengan model-model...kan memang karena gak ada lagi yang disebut wajib kerja itu. (Informan 1)*

Informan 2 merekomendasikan adanya sistem kesehatan nasional dan daerah yang komprehensif, dimana pembiayaan kesehatan menggunakan sistem asuransi. Biaya pelayanan kedokteran sama di seluruh Indonesia sehingga dokter tidak berlomba-lomba ke kota, karena mendapatkan tarif yang sama atas pelayanan yang diberikan walaupun berdomisili di desa. Berikut petikannya:

*Pertama mungkin adalah adanya sistem kesehatan yang komprehensif, ada sistem kesehatan nasional, ada sistem kesehatan daerah, termasuk dalam sistem itu adalah masalah a...pembiayaan kesehatannya...asuransi kesehatan sudah masuk dalam sistem itu, praktis orang tidak akan berlomba-lomba ke propinsi ...ke kota, dimana pun dia melakukan pelayanan kesehatan bayarnya segitu...mau terpencil, mau dikota tetap aja segitu. Jadi kalau semua masyarakat kita memakai asuransi,*



*dokter tidak akan lari-lari ke kota dia, dimanapun dia bekerja misalnya, dokter yang melakukan bedah usus buntu, itu tarifnya sekian x rupiah...dimanapun dilakukan apakah di ibukota propinsi, ibukota kabupaten, ataupun kecamatan misalnya, sama aja segitu harganya. Sehingga tidak ada niat mereka untuk berlomba-lomba ke pusat dan ke daerah. (Informan 2)*

Sementara informan 3, merekomendasikan

- (1) dokter dihargai sebagai seorang profesi minimal 10 juta/bulan masa kerja 0 tahun. Kemudian disesuaikan dengan geografi tempat itu, dengan dikalikan indeks propinsi tersebut. Misalnya di Jakarta indexnya 0, sehingga dokter tersebut tidak mendapatkan tambahan, tetap di Wamena indexnya 7.
- (2) Ada regulasi tentang daerah mana yang terbuka dan daerah mana yang tertutup untuk dokter. Untuk daerah terpencil, sangat terpencil, daerah terluar, menjadi tanggungjawab pemerintah pusat. Dokter yang dikirimkan adalah dokter yang *mobile* dengan waktu yang singkat.

Berikut petikannya :

*... kita ngomong satu basic ya, kemudian IDI sedang merancang satu apa, geographical insentif index, jadi sama-sama 0 tahun, kalau dia ditempatkan katakana wamena, dia mendapatkan perkalian index nya berbeda, tapi kalau dia di Jakarta, mungkin indeks nya 1 kali nol, tapi di wamena mungkin 1 kali 7 gitu. Jadi dia dapat jauh lebih banyak, itu sedang disiapkan. Itu adalah geographical index. (Informan 3)*

*"Nah, Apakah ...kita sudah ada kesepakatan bahwa Indonesia ini butuh dokter umum, katakan misalnya 200.000, sekarang hanya ada 40.000, kemudian dari situ, mana dikatakan daerah tertutup, mana daerah terbuka, nah untuk memenuhi itu kemudian ada 58 fakultas dokter, produksi ini, persebarannya gimana, ... ya...katakanlah, daerah-daerah terluar, daerah-daerah terpencil, itu menjadi tanggungjawab dari pemerintah pusat, nah...karakteristiknya daerah terpencil itu, memang sudah dilacak itu bukan dokter yang tetap, karena siapa pun tidak akan nyaman tinggal disana lebih dari setahun, kayak saya pernah di Irian itu ya, saya ditaruh ke sorong, ke terminabuan,...masih masuk lagi 8 jam, jalan kaki, dari sana itu naik perahu tuh, pinggir, dijemput sama orang, saya harus jalan kaki 8 jam, sampai sana penduduknya cuma 200 orang, kota kecamatan...setelah 2 minggu, saya balik lagi itu...Nah ada daerah-daerah tertentu yang orang gak memungkinkan tetap*

*begitu, nah itulah tanggungjawab pemerintah mengatur mobilitasnya itu, bagaimana insentifnya seseorang mau kesana, tapi ada daerah-daerah yang kemudian, daya dukungnya itu, memungkinkan orang untuk hidup layak, sehingga dokter mau berlama-lama disana (Informan 3)*

Informan 3 menambahkan penjelasan bahwa seorang dokter umumnya berpindah 2 (dua) kali, yaitu pada awal penempatan untuk bekerja dan setelah selesai pendidikan spesialis. Berikut petikannya :

*"...karena sifat dokter juga, kalau dia sudah mengakar ke situ, dia udah malas pindah, udah mapan. Jadi dokter itu, biasanya berpindah itu, 2 kali, kalau dia dokter umum, merasa nyaman disitu, ok, seterusnya. Kemudian dia loncat spesialis, pindah suatu tempat seterusnya disana dia, jarang sampai 3 kali pindah, nah itu sangat tergantung, dari daya dukung lingkungan itu, untuk kebutuhan dia. Nah, disitu bisa kita petakan itu, program PTT pusat itu daerah mana saja, itu membutuhkan perundang-undangan, nah diluar itu sebetulnya mekanisme pasar saja" (Informan 3)*

Informan 6 merekomendasikan agar disediakan profil daerah yang akan dituju oleh dokter dan dokter gigi yang akan memilih tempat untuk bekerja. Selama ini mereka mencari sendiri dan informasi yang diperoleh tidak jelas. Berikut petikannya :

*"...kejelasan daerah yang mau dituju seperti apa, kemudian...bagaimana cara mencapai ke sana, itu juga, kemudian bagaimana tinggal disana, jadi akomodasi, fasilitas, apa yang ada atau bagaimana mereka bisa mengupayakan tempatnya, jangan sampai sudah ke daerah sangat terpencil datangnya tengah malam, gak tau kemana harus pergi... turun dari perahu, dia dari pinggir sungai apa ...Yang menceritakan informasi itu tentunya...biasanya cari sendiri tanya-tanya kesana kemari iya kalau ada yang kenal, kalau gak ada...sehingga... sebetulnya profil dari daerah yang dituju itu sudah perlu disediakan, ya...kalau misalnya menginginkan ada tenaga yang datang kesana jelaskan profil dari daerah tersebut. ...keamanan, kejelasan dari daerah yang akan di tuju" (Informan 6)*

Sementara informan 7 menjelaskan bahwa pemberian beasiswa merupakan upaya yang sedang dilakukan untuk "mengikat" dokter/dokter gigi kembali bekerja di tempatnya. Selain itu pemberian insentif baik secara finansial maupun non finansial.

*"Sebenarnya rekomendasi sudah dilaksanakan ya : yang pertama memberikan beasiswa terutama berasal dari daerah setempat, nah..itu lebih mudah untuk mengembalikan mereka bertugas di tempat asalnya, dan juga meningkatkan masa retensinya mereka, jadi mereka lebih betah disana, karena itu kan tempat asalnya mereka. Jadi memberikan beasiswa pendidikan untuk mereka yang berasal dari sana untuk ... kemudian dengan insentif, kemudian juga insentifnya macam-macam bisa finansial, bisa non finansial. Yang non Finansial misalnya dengan reward, penghargaan ada penghargaan khususlah bagi buat mereka-mereka yang betah dan mau bekerja di daerah terpencil misalnya. Dan kemudian misalnya mereka secara periodik di berikan training gitu...jangan kemudian 5 tahun di daerah terpencil begitu aja gak pernah ada peningkatan...sehingga secara skill mereka kalah akhirnya dengan yang ada di kota." (Informan 7)*

Informan 8 menjelaskan tentang konsep kebijakan yang sedang disusun dimana kabupaten/kota dibagi atas 4 (empat kwadran), yaitu (1) Pemda kaya, masyarakat kaya (2) Pemda miskin, masyarakat kaya (3) Pemda miskin, masyarakat miskin, dan (4) Pemda Kaya, masyarakat miskin.

Berikut petikannya :

*"Kembali ke kwadran lagi, ini penataan dan real, di area kwadran ini, mestinya pembiayaan kesehatan itu askes mandiri, tapi kalau disini pembiayaan kesehatan harusnya jamkesmas, itu, kemudian pelaksana kegiatan banyak swasta, udah banyak pemda ini, konsep-konsep ini ya...kemarin kita...saya kan baru masuk tiga-empat bulan ini, kemudian saya dapat tugas dari Pak Kapus, untuk membuat bagaimana sih kebijakan ini" (Informan 8)*

Sementara informan 9, mengkritik kebijakan yang dilakukan oleh departemen kesehatan dengan memberikan beasiswa kepada 7000 dokter untuk mendapatkan pendidikan spesialis. Hal ini disebabkan tidak jelas target MDG yang akan dicapai dari peningkatan jumlah dokter spesialis, seharusnya pemerintah memprioritaskan dokter spesialis kebidanan dalam rangka penurunan angka kematian ibu dan kematian bayi.

Berikut petikannya :

*"...7000 spesialis harus dihasilkan, pertanyaan saya, itu untuk mencapai target MDG yang mana? Ya kan, berapa persen target MDG akan dinaikkan, kalau itu tercapai, nah kalau angka kematian ibu sama angka kematian bayi yang naik yang harus diturunkan, ya bikin saja PPDS khusus untuk obstetric gynecologic sama pediatric, gak usah mikiri ppds yang lain kan. Kan kita gak jelas, ppds yang harus lulus 7000 itu siapa saja. Yang terjadi sekarang, karena adanya duit dari depkes yang besar, untuk menghasilkan PPDS berantemlah cabang ilmu spesialis itu, pengen buka program studi, supaya bisa dapat uang. Sekarang itu tidak jelas, PPDS mana bisa menolong negara, mencapai tujuan negara, apa THT di perbanyak, terus angka kematian ibu turun? Ya sederhanalah kalau saya sih, kita itu bukan dewa ya, gak bisa menjalankan macem-macem gitu lho...jadi lurus aja lah, ok, kalau kita memang angka kematian ibu, item nya itu jelas mas, di background RPJPMN yang dari bapenas." (Informan 9)*

Informan 10 dan 11 merekomendasikan agar dokter dan dokter gigi dapat melakukan wajib kerja sarjana karena profesi dokter dan dokter gigi berbeda dengan profesi sarjana lainnya. Profesi dokter sangat erat dengan nilai-nilai kemanusiaan.

Berikut petikannya :

*"...Tapi menurut saya ya, karena memang kekhususan profesi inilah, memang harus itu, harus bisa di push lagi dia....Karena Profesi dokter tidak sama dengan profesi-profesi lain seperti pengacara, akuntan, dan lain-lain, karena dia sarat dengan nilai-nilai kemanusiaan, nilai-nilai humaniora itu, nilai-nilai kehidupan, jadi dalam sumpah hipokrates itu ya, mau gak mau harus mengabdikan tanpa memikirkan, memandang, kebebasan dia untuk mencari uang itu ya..".(Informan 10)*

*"Saya inginnya sih, si dokter itu kembali seperti dulu, mereka punya kewajiban dia WKS, seperti di Singapur, di Singapur itu kan, kalau untuk ilmu di luar kedokteran itu, dia WKS nya itu hanya 1/2 N, tapi untuk kedokteran itu dia N. N, selama masa pendidikan, di Indonesia harusnya demikian karena kita itu kan satu terdiri dari kepulauan, kita luas paling tidak adalah karena kedokteran itu masih disubsidi secara tidak langsung."(Informan 11)*

#### **5.3.5.3.2 Alasan Masa Bakti Sarjana tidak diwajibkan**

Sebagian besar informan menjelaskan bahwa wajib kerja sarjana dicabut sejak aksi demo para dokter di era reformasi bahwa wajib kerja sarjana melanggar

hak azasi dan “mengapa hanya dokter/dokter gigi yang diwajibkan” sementara sarjana lain tidak ada kewajiban, hal ini di dukung dengan penetapan UU ketenagakerjaan dan Undang-Undang Praktik Kedokteran. Berikut petikannya :

*“Inikan era reformasi ini, kenapa hanya dokter saja yang wajib kerja, sarjana lain kog enggak, gitu kan...” (Informan 1)*

#### **5.3.5.3 Alasan Kebijakan Masa Bakti Cara Lain**

Informan 8 menambahkan penjelasan bahwa PTT cara lain merupakan suatu jalan keluar bagi dokter/dokter gigi agar tidak merasa diwajibkan. Berikut petikannya :

*“PTT cara lain itu adalah jalan keluar supaya mereka tidak merasa diwajibkan tapi kita masih bisa memanfaatkan mereka” (Informan 8)*

#### **5.3.5.4. Implementasi Peraturan Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain**

Informan 5 menilai pelaksanaan PTT semakin baik karena dapat dilihat secara transparan melalui website, menghindari terjadinya kecurangan.

*“Artinya kita baik atau tidak itu sangat relatif saya melihat memang ada upaya-upaya meningkatkan semakin baik terutama dengan ya, ...misalnya begini, untuk program PTT dahulu di proses secara internal di depkes, tapi misalnya sekarang ini kan untuk PTT itu bisa dilihat secara transparan misalnya di website, sehingga orang bisa tau ini gilirannya sekian, lalu kalau tiba-tiba ada yang, ini kog tiba-tiba ada yang nyelonong masuk, inikan ketauan itu, saya melihat transparansinya lebih ditingkatkan..” (Informan 5)*

Informan 6 dan 11, menyebutkan bahwa ada kendala dalam pembayaran insentif kepada dokter dan dokter gigi.

*“... menjadi kurang attractif adalah bahwa dibayarkannya terlambat, ...jadi ada kendala-kendala dalam merealisasi insentif tersebut walaupun mungkin pada akhirnya dibayarkan ya...tapi cukup membuat repot para tenaga kesehatan ini”. (Informan 6)*

Informan 7 menjelaskan implementasi pelaksanaan PTT di lapangan, yaitu :

1. Ada pemerintah daerah yang keberatan dengan lama masa bakti hanya 6 (enam) bulan, mereka menginginkan minimal 1 (satu) tahun efektifitas pelayan agak terganggu apabila hanya 6 (enam) bulan. Hal ini telah disadari oleh departemen kesehatan dan akan dipertimbangkan kembali. Penyebab tidak efektifnya masa bakti 6 (enam) bulan antara lain adanya daerah sangat terpencil yang sulit dijangkau dengan transportasi yang ada karena cuaca buruh dan transportasi yang tidak rutin.
2. Daerah terpencil dan sangat terpencil banyak peminatnya, karena memperoleh insentif dari pemerintah pusat. Hal ini dapat berakibat daerah kategori biasa banyak yang kurang diminati. Berikut petikannya :

*"... yang kami tahu, ada daerah-daerah yang tidak setuju, lebih karena durasi, masa tugasnya yang diperpendek menjadi 6 bulan, mereka menginginkan minimal tetap satu tahun. Nah ini yang kita pertimbangkan kembali juga gitu, dipertimbangkan kembali oleh Depkes. Untuk daerah yang peminatnya banyak akan diubah lagi gitu, dinaikin dari semula hanya 6 bulan, dibalikkin lagi jadi 1 (satu) tahun gitu. Jadi sebenarnya kita, Depkes respon juga gitu, keberatannya daerah. Kita sebenarnya juga tahu, kalau 6 bulan, efektifitas pelayanannya agak terganggu gitu, tetapi sebenarnya kan kebijakan itu lebih untuk mendorong, bagaimana caranya supaya orang mau ditempatkan di situ, mau dulu deh gitu, ditempatkan disitu".*

*"Itu agak susah juga, kalau misalnya..apa namanya, kita kan sebenarnya meminta mereka untuk datang on time gitu ya, tetapi untuk daerah-daerah yang sulit memang banyak hal di luar perkiraan kita, misalnya pesawatnya ga bisa ke sana, karena cuaca, kapalnya ga bisa kesana, itu juga bisa menjadi pertimbangan kita. Kebanyakan itu, untuk daerah-daerah yang sulit itu, kesulitannya itu disitu, orang waktu kita memonitor ke kabupaten aja, pernah kita tertunda dua minggu, karena gak ada pesawat yang bisa kesana, cuacanya jelek, misalnya seperti itu. Ada banyak hal lah..., karena puskesmas-puskesmas kita banyak sekali terletak di daerah-daerah yang sulit untuk dijangkau.. .Sebenarnya dengan adanya...apa namanya, coba kalau gak ada dokter-dokter PTT itu, jangan-jangan kita kekosongannya lebih gawat lagi itu, pada waktu kita melakukan identifikasi tahun 2006, apa namanya, memang kita lihat termasuk untuk daerah yang tertinggal, daerah perbatasan yang sangat terpencil, dibandingkan dengan daerah yang biasa, memang, tingkat kekosongannya jauh lebih tinggi, dibandingkan dengan daerah biasa. Daerah biasa pun masih ada yang kosong, gitu" (Informan 7)*

*"Daerah biasa kan...ada juga yang kurang diminati sebenarnya, padahal termasuk daerah biasa, gak jauh sebenarnya. Ya..gak mau dokternya...mungkin disitu dianggapnya kurang menguntungkan untuk private practice misalnya ya...kita belum mendalami sampai kesana gitu, tapi kita melihat dari data identifikasi itu, ada juga daerah biasa yang gak ada dokternya gitu" (Informan 7)*

Informan 8 menjelaskan bahwa ada pemerintah daerah yang menolak dokter yang bukan putera daerah. Berikut petikannya:

*"Salah satunya...salah lainnya banyak, misalnya penda, pemdanya menolak dokter yang berasal dari luar daerah bukan putera daerah.." (Informan 8)*

Informan 8 juga menjelaskan bahwa ada pemerintah daerah yang mengizinkan dokter untuk PTT di kota padahal dari segi rasio dokter berbanding penduduk sudah melebihi standard yang ditentukan, hal ini dimungkinkan karena tidak melanggar peraturan. Berikut petikannya:

*"... aturan tertulis itu kan bisa dicari selah-selahnya...saya kasih contoh ya cara lain mengapa di kota.... bisa, karena disanakan disebutkan, PTT cara lain boleh asal jangan di ibukota negara, ibukota propinsi kan gitu, 1540 kan begitu... karena kebetulan saya ikut menggodok itu, nah begitu kita pada fakta di lapangan ..."(Informan 8)*

Informan 8 juga menjelaskan bahwa dalam menerbitkan SIP pemerintah daerah menerima sejumlah uang dari menerbitkan izin tersebut. Berikut petikannya:

*"... lha kalau yang nerima itu dapat duit juga banyak, tidak melanggar aturan, yang nerima untung, yang mau diterima untung, kenapa tidak? Sana untung, situ untung, melanggar aturan tidak,...Ya...gimana kita mau menyalahkan? Kalau dia tidak melanggar aturan? Kembali lagi, kalau kita menjalankan tugas tidak hanya aturan, tapi hati nurani juga, harus ikut jalan. Karena saya bukan dapat laporan, dapat anu...untuk saya bisa ditempatkan saya habis sekian...ada...ya kalau sudah habis sekian, siapa yang bermain?" (Informan 8)*

Dalam implementasi kebijakan masa bakti dan cara lain, ternyata ada dokter dan dokter gigi yang tidak menyelesaikan masa baktinya hingga selesai. Dari

informan 10 menjelaskan bahwa banyak daerah-daerah yang masih tidak tahu menyikapi dokter dan dokter gigi PTT yang kabur dari wilayahnya. Berikut petikannya :

*"....Tapi paling tidak yang itu tadi tu, masih banyak daerah-daerah yang masih ada daerah-daerah yang tidak tahu bagaimana menyikapi PTT yang kabur dari tempatnya wilayah kerjanya".(Informan 10)*

#### **5.3.5.4.1 Manfaat Pelaksanaan Masa Bakti bagi Dokter dan Dokter Gigi**

Ketika ditanyakan apakah manfaat yang diperoleh seseorang dokter/dokter gigi yang telah melakukan PTT, jawaban informan cukup bervariasi, yaitu :

1. Mendapatkan prioritas untuk menjadi PNS
2. Salah satu persyaratan untuk pendidikan spesialis
3. Mendapatkan pengalaman pelayanan kesehatan primer di masyarakat
4. Memperoleh soft skill
5. *Income*

Berikut petikannya :

*"Misalnya PNS itu yang diutamakan pasca PTT, jadi memang ada nilai lebihnya lah Cuma apakah itu peraturan atau enggak saya kurang tahu". (Informan 1)*

*"Ya...kalau spesialis itu nanti, disarankan kalau anda sudah lulus test kemudian pernah PTT, itu point nya lebih tinggi dari pada anda yang gak pernah PTT gitu, nah karena itulah kemudian sebetulnya, mendorong dokter itu ikut PTT, kalau dokter tidak ikut spesialisasi , mereka tidak ikut PTT. Mereka butuh suratnya sebenarnya....Jadi sebetulnya jangan salah menangkap itu, dokter ikut PTT karena ingin cepat-cepat spesialisasi. Dengan spesialisasi itu kesejahteraan dia lebih terjamin dari dokter umum". (Informan 3)*

*"Mereka biasanya umumnya mendapatkan pengalaman, melaksanakan pelayanan kesehatan primer dan juga mereka umumnya bisa mendapatkan realitasi tentang masyarakat daerah dimana masyarakat tempat mereka bekerja." (Informan 5)*



*"... mereka mendapatkan suatu aset, skill dan asset soft skill lain, ya yang tidak akan bisa didapatkan kalau mereka langsung masuk ke pasar pelayanan medis .."* (Informan 9)

### 5.3.5.5 Monitoring dan Evaluasi

Dalam hal monitoring dan evaluasi kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia insitusi di luar Departemen Kesehatan seperti KKI dan Organisasi Profesi belum pernah dilibatkan. Berikut petikannya :

*"Secara bersama-sama gak pernah, masing-masing aja, melakukan evaluasi kemudian masing-masing tidak pernah melakukan koordinasi, karena selama ini selalu dianggap bahwa dokter itu urusannya kesehatan, biarlah depkes yang urus...begitulah kira-kira padahal dampaknya itu banyak, berhubungan dengan pendidikan, berhubungan"* (Informan 2)

*"Tidak pernah, kalau gitu malah saya balik pertanyaannya sekarang, kalau kita lihat data dokter di Indonesia, itu yang mengeluarkan siapa? Supirnya siapa saja."* (Informan 3)

*"Nggak...nggak ada, hehe.dimana itu... Gak pernah kita ditaruh dimana...ga ada tuh, depkes dulu jauh banget, sekarang ini alhamdulillah belakangan ini, adalah forum-forum bersama, baru forum, tetapi kebijakan-kebijakan itu kan diambilnya oleh Depkes... Nggak.. alangkah baiknya kalau kita juga dilibatkan, bukannya cari-cari kerjaan, tapi paling gak, ada inilah ... informasi"* (Informan 6)

Ketika di konfirmasi dengan Informan dari Departemen Kesehatan, jawabannya cukup bervariasi. Informan 7,8,10, dan 11 menjelaskan bahwa monitoring dan evaluasi di dilakukan. Hanya saja ada yang berpendapat *stakeholders* yang dilibatkan sebatas pada unit-unit yang berada di lingkungan Departemen Kesehatan, dan ada pula yang berpendapat pengawasan merupakan tanggungjawab masing-masing sesuai dengan tugasnya. Berikut petikannya :

*"Kita sih ada forumnya ya, biasanya untuk langsung ke puskesmas sih, kita jarang ya, paling jauh itu, kita sampai ke kabupaten, ...kita sih pasti melibatkan ini, misalnya pas tahun kemarin kita melakukan monitoring untuk penugasan khusus, kita ajak juga, kalau mereka gak bisa, paling tidak hasilnya kita share, dengan unit-*

Informan 7 menyatakan bahwa PTT masih merupakan cara yang efektif selama formasi PNS masih kurang sehingga harus dipertahankan. Berikut petikannya:

*"Selama formasi PNS masih kurang, saya kira ini masih harus dipertahankan itu, formasi PNS nya masih terbatas sedangkan kebutuhan naik terus, naiknya kebutuhan kan karena penambahan jumlah penduduk, pemekaran wilayah, kemudian penambahan sarana yankes" (Informan 7)*

### **5.3.6 Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi**

Ketika ditanyakan kebijakan apa saja yang telah ditetapkan dan sedang disusun oleh pemerintah pusat dalam rangka pemerataan dokter dan dokter gigi, jawaban informan cukup bervariasi, antara lain: yaitu:

1. Peraturan tentang wajib kerja sarjana
2. Peraturan tentang lamanya masa tugas, peraturan tentang insentif, peraturan tentang penetapan kriteria daerah terpencil dan sangat terpencil
3. UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
4. PP no 1 Tahun 88 tentang masa bakti merupakan turunan dari Undang-Undang No. 9 tentang Pokok-Pokok Kesehatan belum dicabut, padahal undang-undang yang merupakan payung hukumnya telah dicabut. Sekarang sedang disusun pengganti PP 1 tahun 88 untuk menjawab perintah dari UU no. 23 Tahun 1992.

Informan 10 menjelaskan bahwa Pemerintah Pusat sedang menyusun Rancangan Peraturan Pemerintah tentang penempatan tenaga kesehatan, sebagai turunan dari Undang-Undang No. 23 tentang Kesehatan. Hal ini dilaksanakan karena PP 1 Tahun 88 tentang Masa Bakti dan Praktek Dokter dan Dokter Gigi tidak

memiliki payung hukum yang kuat, karena telah dicabut, yaitu Undang-Undang No. 9 tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan. Berikut petikannya:

*“Untuk payung RPP itu tetap undang-undang kesehatan 23, karena Undang-Undang kesehatan 23 itu pasal berapa, bahwa terkait dengan tenaga itu kan memerintahkan kepada kita untuk mengatur penempatan dalam rangka masa bakti dalam bentuk peraturan pemerintah, nah itu kita harus lakukan, tetapi yang dulu, kan tidak ada PP penempatan yang dulu. Yang dulu itu ada PP 1/ 88 tentang masa bakti, itu turunan undang-undang 60 dulu, dan suasananya juga undang-undang wajib kerja sarjana, kan gitu.... Jadi masih dilematisnya disitu, masih,jadi secara peraturan itu masih exist karena masih belum dicabut PP 1/88 itu, tapi ruhnya itu sudah dianggap tidak ada, karena payungnya sudah dicabut, jadi kalau orangpun melihatnya otomatis juga sudah tidak berlaku, karena ruhnya sudah gak ada, dan itu jasadnya kan sudah mati lah dia.*

Informan 10 menjelaskan bahwa dalam penyusunan RPP tersebut pemerintah masih berat hati membebaskan tenaga dokter dan dokter gigi, pemerintah menginginkan “pemaksaan” terhadap dokter dan dokter gigi agar mau ditempatkan di daerah. Berikut petikannya:

*“RPP yang sedang disusun” kita masih berat hati membebaskan tenaga dokter ini, kita mau ada juga tanda kutip pemaksaan bahwa dokter-dokter ini mau ditempatkan di daerah ini” (Informan 10)*

Informan 10 juga menjelaskan mekanisme penyusunan RPP, setelah matang di tingkat internal Departemen Kesehatan, akan dikirim ke departemen Hukum dan HAM untuk dilakukan kajian untuk sinkronisasi dan harmonisasi dengan peraturan lain yang terkait. Berikut petikannya :

*“PP inikan peraturan pemerintah, Peraturan pemerintah cukup kita saja, pemerintah, menteri kesehatan menyiapkan RPP setelah matang di tingkat internal kita, dikirim ke departemen hukum dan HAM. Departemen Hukum dan HAM untuk melakukan sinkronisasi, sinkronisasi materi muatan ya kan, kajian-kajian juga disitu, dan harmonisasi, sinkronisasi dan harmonisasi di Departemen Hukum dan HAM itu akan mengundang sektor-sektor terkait tentunya, ya kan, kalau itu sudah matang dikirim setneg untuk penetapan oleh Presiden. Itu selesai, gitu.ya rapat-rapat interdepth lah namanya, jadi gak sampai ke DPR”(Informan 10)*

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Tidak Meratanya Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi Di Indonesia

##### 6.1.1 Pola Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi

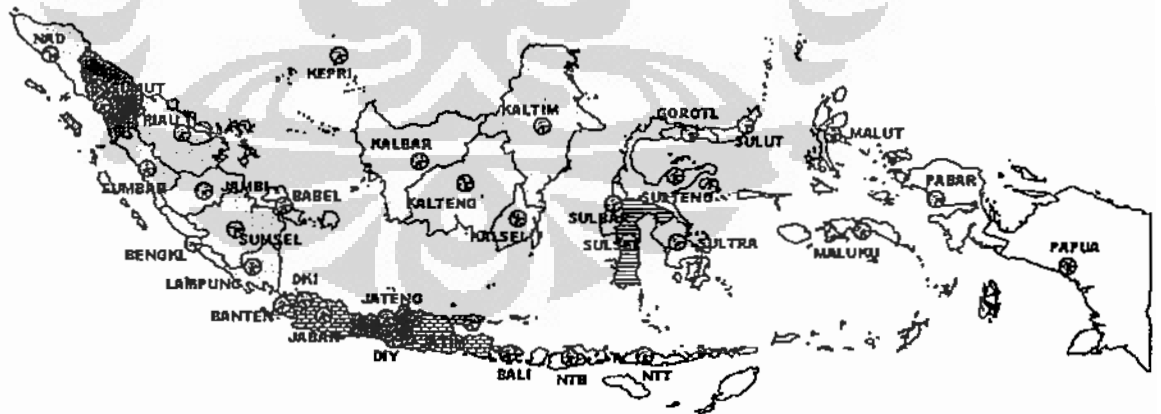
Pola Penyebaran dokter dan dokter gigi di Indonesia tidak merata, “penumpukan” terjadi di Pulau Jawa dan Sumatera, sementara di bagian Timur Indonesia dokter dan dokter gigi masih langka. Penyebaran dokter dan dokter gigi dapat terlihat dari data yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia. Hingga tanggal 31 Desember 2008 dokter dan dokter gigi yang telah teregistrasi berjumlah 97.285 orang, dengan komposisi : 61.444 dokter umum, 16.555 dokter spesialis, 17.961 dokter gigi, 1.325 dokter gigi spesialis. Semenjak Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran diberlakukan, tiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran harus teregistrasi di Konsil Kedokteran Indonesia. Hal ini tercantum dalam pasal 29 Undang-Undang No, 29 Tahun 2004, yang berbunyi:

- (1) Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi;*
- (2) Surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia;*
- (3) Untuk memperoleh surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi harus memenuhi persyaratan:*

- a. Memiliki ijazah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis
  - b. Mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji dokter atau dokter gigi
  - c. Memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
  - d. Memiliki sertifikat kompetensi; dan
  - e. Membuat pernyataan akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi
- (4) Surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi berlaku selama 5 (lima) tahun dan diregistrasi ulang setiap 5 (lima) tahun sekali dengan tetap memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c dan huruf d

Gambar 6.1

**SEBARAN SURAT TANDA REGISTRASI DOKTER/DOKTER GIGI/SPECIALIS PER PROPINSI KEADAAN TANGGAL 31 DESEMBER 2008**



Prov	Ds	Ds	Drg	Drgs	Ttl	Prov	Ds	Ds	Drg	Drgs	Ttl	Prov	Ds	Ds	Drg	Drgs	Ttl
NAD	1428	155	144	6	1733	JABAR	3764	2436	3819	268	8267	KALTIM	848	288	297	11	1454
SUMUT	4284	951	128	28	5391	JATENG	6287	1735	224	51	8297	SULUT	1295	389	74	4	1672
SUMBAR	1416	323	394	7	2144	DY	1892	880	838	186	3798	SULTENG	316	85	61	1	464
PAU	1188	223	251	4	1766	JATIM	8592	2427	2137	272	11428	SULSEL	2442	622	893	18	3975
JAMM	612	38	122	1	773	BANTEN	2825	514	887	47	4273	SULTRA	272	42	82	1	378
SUMSEL	1425	358	382	4	1999	BALI	1729	542	856	14	2868	GOROTL	185	26	32	0	243
BENGKULU	378	34	59	1	472	NTB	415	69	119	2	605	SULBAR	78	7	23	0	107
LAMPUNG	848	128	225	3	1204	NTT	357	68	89	0	494	MALUKU	187	26	38	1	251
BABEL	286	37	47	3	373	KALBAR	454	119	124	1	797	MALUT	102	21	29	1	154
KEPRI	447	121	185	3	856	KALTENG	341	42	85	3	471	PAPUA	399	87	75	1	562
DKI	18548	2819	4857	464	18908	KALSEL	628	129	149	2	918	PABAR	124	28	18	0	170

**KET. GRAFIK PIE**  
 Du  
 Ds  
 Drg  
 Drgs

**KET. RANGE TTL**  
 107 - 919  
 920 - 2144  
 2145 - 4003  
 4004 - 9421  
 9422 - 18986

### 6.1.2 Sumber Data Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi

Masing-masing institusi tempat dilakukan penelitian menerbitkan data dokter dan dokter gigi. Tetapi tidak ada institusi yang benar-benar memiliki data yang valid berapa jumlah dokter dan dokter gigi yang melakukan pelayanan kedokteran di Indonesia. Data dokter dan dokter gigi yang melakukan pelayanan kedokteran dimiliki oleh masing-masing dinas kesehatan kabupaten/kota karena kewenangan menerbitkan Surat Izin Praktik berada di dinas Kabupaten/Kota.

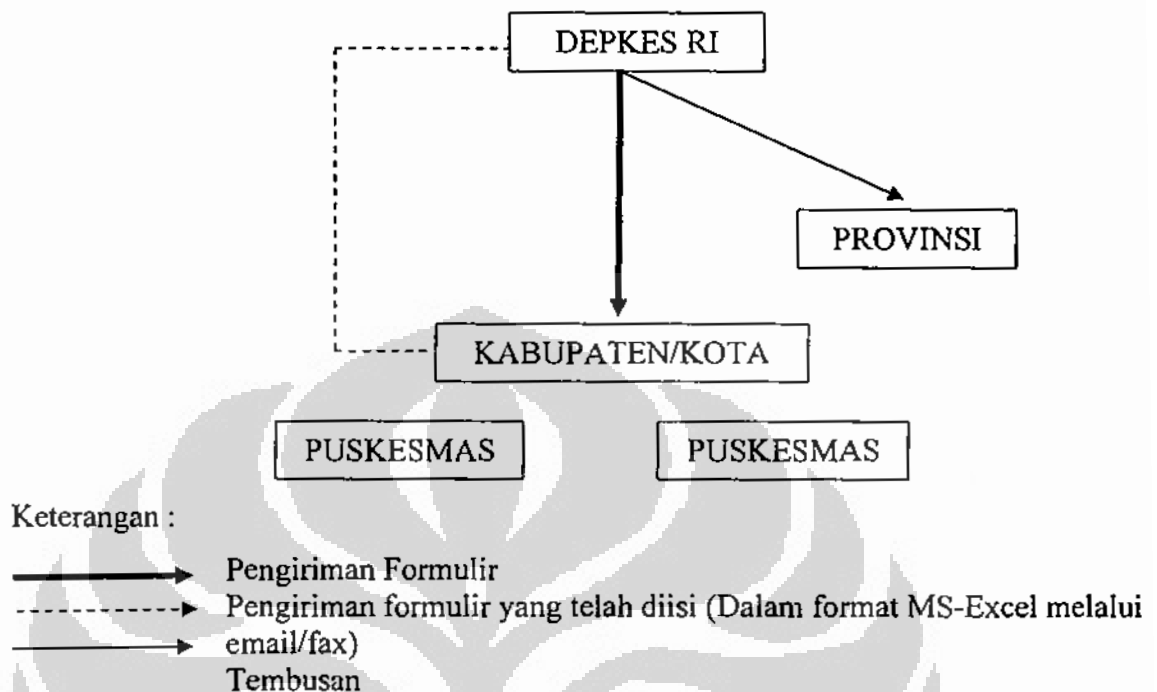
1. Konsil Kedokteran Indonesia memiliki data dokter dan dokter gigi yang telah melakukan registrasi berdasarkan alamat domisili, karena dokter dan dokter gigi mencantumkan alamat domisili untuk pengiriman STR ybs. Tetapi belum tentu dokter/dokter gigi yang telah teregistrasi melakukan pelayanan kedokteran, dan alamat domisili belum tentu tempat dia berpraktik.
2. Organisasi profesi memiliki data dokter dan dokter gigi berdasarkan keanggotaannya, karena kartu anggota diterbitkan oleh pengurus besar di tingkat pusat, tetapi informan yang berasal dari organisasi profesi mengakui bahwa data tersebut dirasakan kurang valid karena jarang dilakukan *updating*, seperti anggota yang meninggal seharusnya tidak tercantum lagi sebagai anggota. IDI/PDGI cabang menerbitkan surat rekomendasi bagi dokter dan dokter gigi yang akan bekerja di wilayahnya, tapi data tentang rekomendasi tersebut sering tidak dilaporkan.
3. Ditjen Dikti Depdiknas memiliki data dokter dan dokter gigi yang telah diluluskan oleh Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi, tetapi tidak semua lulusan yang akan terjun dalam profesi pelayanan kedokteran.

4. Departemen Kesehatan menerbitkan dokter dan dokter gigi yang bekerja di institusi pemerintah seperti puskesmas dan RS, dengan menerbitkan Data dasar Puskesmas dan Profil Sumber daya Manusia Kesehatan. Tetapi data ini tidak menunjukkan dokter dan dokter gigi yang bekerja di instansi swasta. Disamping itu data sering tidak valid karena dinas kesehatan kabupaten/kota sering tidak memberikan laporan tentang SIP dokter dan dokter gigi yang telah diterbitkannya.

Sesuai dengan Pasal 20, Peraturan Menteri Kesehatan No. 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, disebutkan bahwa :

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota wajib melakukan pencatatan terhadap semua SIP dokter dan dokter gigi yang telah dikeluarkannya*
- (2) Catatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara berkala minimal 3 (bulan) sekali kepada Menteri, Konsil Kedokteran Indonesia, dan tembusan kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi serta Organisasi Profesi setempat.*
- (3) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi wajib melakukan pencatatan terhadap semua surat tugas dokter spesialis dan dokter gigi spesialis tertentu yang telah dikeluarkannya.*
- (4) Catatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disampaikan secara berkala minimal 3 (Tiga) bulan sekali kepada Menteri c.q Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan.*

Gambar 6.2 Alur dan Mekanisme Penyampaian data dasar Puskesmas



Departemen Kesehatan mengirimkan formulir updating data dasar Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tembusan Dinas Kesehatan Provinsi dan Bupati/Walikota di seluruh Indonesia. Formulir diisi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas, kemudian data di entry (dimasukkan) oleh masing-masing Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan menggunakan MS Excel sesuai format yang ditentukan. Hasil entry dikirimkan ke Pusdatin. Bagi dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang telah tersambung oleh jaringan SIKNAS online, entry data oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat dilakukan melalui Aplikasi komunikasi Data (modul data dasar puskesmas) yang dapat diakses melalui jaringan komputer SIKNAS Online.

Tetapi pada kenyataannya sistem pencatatan dan pelaporan tersebut tidak berjalan sebagaimana mestinya, karena tidak semua dinas kesehatan kabupaten yang rutin mengirimkan data Surat Izin Praktik (SIP) yang telah diterbitkan kepada



Menteri Kesehatan dan Konsil Kedokteran Indonesia. Walaupun dikirimkan kepada Menteri Kesehatan, tidak jelas unit mana yang ada di Departemen Kesehatan yang bertanggungjawab menerima dan merekap data-data tersebut seperti yang dijelaskan oleh informan 8. Untuk program yang bersifat khusus, data diambil langsung ke kabupaten/kota/propinsi (menjemput bola).

### **6.1.3 Standard Pemerataan dan Proyeksi Kebutuhan Dokter dan Dokter Gigi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SD Kesehatan di Tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit, secara garis besar perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar yaitu:

#### **1. Perencanaan Kebutuhan SDM pada tingkat institusi**

Perencanaan SDM kesehatan pada kelompok ini ditujukan pada perhitungan SDM kesehatan untuk memenuhi kebutuhan sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, dll.nya

#### **2. Perencanaan Kebutuhan SDM kesehatan pada tingkat wilayah**

Perencanaan disini dimaksud untuk menghitung kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan kebutuhan di tingkat wilayah (Propinsi/Kabupaten/Kota) yang merupakan gabungan antara kebutuhan institusi dan organisasi

#### **3. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan untuk bencana**

Perencanaan ini dimaksudkan untuk mempersiapkan SDM Kesehatan saat prabencana, terjadi bencana dan post bencana, termasuk pengelolaan kesehatan pengungsi.

Ada berbagai metode perhitungan yang dapat digunakan untuk menyusun kebutuhan sesuai dengan Kepmenkes No. 81/Menkes/SK/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit. Berikut adalah metode perhitungan yang dapat digunakan untuk menyusun kebutuhan SDM Kesehatan. Pilihan metode disesuaikan dengan kondisi serta kemampuan masing-masing insitusi atau wilayah.

1. Health Need Method didasarkan pada keperluan kesehatan dari suatu segmen penduduk misalnya keperluan menurut golongan umur, jenis kelamin, dll. Metode ini sangat logis dan mudah dimengerti namun diperlukan data yang cukup banyak.
2. Health Services Demand Method/Permintaan Kebutuhan Kesehatan (berdasarkan pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut umur, jenis kelamin, pendapatan, dll). Metode ini mempertimbangkan faktor ekonomi sehingga kelayakan ekonomi dari hasil perhitungan tersebut sudah terakomodir.
3. Health Services Targets Method/sasaran upaya kesehatan yang ditetapkan. Metode ini bersifat logis, mudah dimengerti, dan konsisten dengan standar profesi. Metode ini memperhitungkan beban kerja dan membutuhkan standar waktu untuk melaksanakan kegiatan.
4. Rasio Method/Rasio terhadap suatu nilai. Perhitungan dengan metode ini cepat dan mudah dimengerti namun hasil perhitungan sering tidak realistis. Metode rasio terhadap jumlah penduduk dapat digunakan untuk menghitung kebutuhan tingkat wilayah. Rasio terhadap jumlah Tempat Tidur dapat digunakan untuk tingkat institusi seperti RS dan Puskesmas rawat inap.

5. *Authorized Staffing List*/Daftar Susunan Pegawai (DSP) yang memuat pola ketenagaan (ada 6 Pola seperti dalam Kepmenkes 81. Kelebihan metode ini dapat mengetahui daya guna staf, proses mutasi pegawai (rotasi, mutasi, promosi, dll). Perhitungan relatif lebih cepat, mudah dimengerti dan dipilih bila struktur organisasi tidak berubah dalam waktu dekat. Metode ini digunakan untuk menghitung kebutuhan SDM Kesehatan di tingkat Institusi.
6. *Workload Indicator Staffing Needs (WISN)*. Metode ini dapat digunakan untuk semua unit kerja, perhitungan lebih riil karena berdasarkan pekerjaan yang nyata. Dari hasil analisis data dapat menggambarkan mutu pelayanan kesehatan yang ada dan dapat digunakan untuk mengusulkan tambahan tenaga/menempatkan tenaga berdasarkan kompetensi.
7. Metode Skenario/Proyeksi dari WHO. Metode ini dapat menghitung kebutuhan SDM Kesehatan untuk jangka panjang, dapat dilakukan dengan membuat proyeksi ke depan mengenai sarana pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas) atau menggunakan proyeksi program pembangunan kesehatan. Metode ini memerlukan pendekatan dengan menggunakan beberapa alternatif/skenario, harus mempunyai data yang baik, serta menggunakan asumsi realistik. Metode ini dapat digunakan untuk menghitung kebutuhan tingkat wilayah.
8. Metode Penyusunan Kebutuhan SDM kesehatan untuk Bencana. Metode ini khusus digunakan untuk menghitung SDM Kesehatan dalam rangka mempersiapkan SDM kesehatan untuk pra bencana, serta pengelolaan kesehatan. Standar tenaga diatur dalam Kepmenkes No. 66 tahun 2006.

Menurut WHO Ideal rasio dokter berbanding penduduk adalah 1 : 2500, tetapi hal ini tergantung dari keadaan geografis, demografi, serta kesepakatan dari masing-masing *stakeholders* dalam memproyeksikan kebutuhan.

#### **6.1.4 Proyeksi Kebutuhan Dokter dan Dokter Gigi**

Sistem pencatatan dan pelaporan dokter dan dokter gigi di Indonesia tidak berjalan dengan baik di era desentralisasi. Sehingga data tentang jumlah dokter dan dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat tidak dimiliki oleh Departemen Kesehatan. Walaupun ada data yang diterbitkan oleh Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI, adalah data dokter dan dokter gigi yang memberikan pelayanan di institusi pemerintah (Puskesmas) dan Rumah Sakit Pemerintah. Data dokter dan dokter gigi yang bekerja di pelayanan swasta tidak dimiliki oleh Departemen Kesehatan. Disamping itu, dalam profil SDM puskesmas dan RS yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI, tidak dijelaskan berapa sarana pelayanan kesehatan yang melaporkan dan berapa yang tidak melaporkan di masing-masing Propinsi/kabupaten/Kota.

Akibat dari data yang tidak valid, maka pemerintah pusat akan sulit untuk memprediksikan berapa kebutuhan dokter dan dokter gigi untuk beberapa tahun yang akan datang. Semenjak era desentralisasi, urusan kesehatan diserahkan ke kabupaten/kota, sehingga daerah dapat merekrut dokter dan dokter gigi sesuai dengan kebutuhannya. Hal ini akan menyulitkan bagi pemerintah pusat untuk mendata dokter dan dokter gigi karena pemerintah daerah “merasa” tidak ada kewajiban untuk melaporkan kepada Departemen Kesehatan tentang data ketenagaan yang dimiliki.

Metode rasio dokter berbanding jumlah penduduk merupakan metode yang paling cepat dan mudah dimengerti dalam membuat proyeksi kebutuhan tenaga dokter dan dokter gigi di Indonesia oleh pemerintah pusat. Tetapi perhitungan sering tidak realistis, karena sering tidak memperhitungkan jumlah sarana dan prasarana fasilitas kesehatan di suatu wilayah serta kepadatan penduduk, dan jarak fasilitas pelayanan kesehatan dengan domisili masyarakat.

#### **6.1.5 Dampak Penyebaran Dokter dan Dokter Gigi yang Tidak Merata**

Tidak meratanya penyebaran dokter dan dokter gigi akan berdampak pada sulitnya mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas. (Wibupolprasert, 1999). Sebagaimana ditetapkan dalam oleh Departemen Kesehatan bahwa upaya pembangunan kesehatan meliputi 4 strategi, salah satu strateginya adalah “meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas dan Rumah sakit akan kurang berdampak bila tidak didukung oleh tenaga kesehatan (dokter dan dokter gigi). Sekitar 25-40% Puskesmas tidak memiliki tenaga dokter, khususnya puskesmas yang berada di kawasan timur Indonesia dan daerah rawan konflik.

Dampak dari penumpukan dokter di perkotaan adalah terjadi persaingan yang tidak sehat, seperti dokter umum yang belajar akupunturis dalam beberapa minggu, kemudian buka plang sebagai dokter akupunturis. Padahal akupuntur merupakan suatu cabang ilmu kedokteran spesialisik.

Dalam hal ini peran dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sangat penting *untuk melakukan monitoring. Khususnya dalam penerbitan SIP hendaknya*

berdasarkan pemetaan dan perhitungan rasio jumlah dokter berbanding penduduk di wilayah kerjanya.

## **6.2 Dukungan Stakeholders**

### **6.2.1 Peran masing-masing institusi terhadap pemerataan dokter dan dokter gigi**

Menurut Pasal 6,7, dan 8 Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, KKI mempunyai fungsi pengaturan, pengesahan, penetapan, serta pembinaan dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan medis. KKI mempunyai tugas :

- a. Melakukan registrasi dokter dan dokter gigi*
- b. Mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi; dan*
- c. Melakukan pembinaan terhadap penyelenggaraan praktik kedokteran yang dilaksanakan bersama lembaga terkait sesuai dengan fungsi masing-masing*

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1575/Menkes/ PER/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan, Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan terdiri dari :

1. Bagian Pengadaan Pegawai
2. Bagian Mutasi Pegawai
3. Bagian Pengembangan Pegawai
4. Bagian Umum dan Kesejahteraan Pegawai
5. Kelompok jabatan fungsional

Sesuai pasal 31-33, Bagian Pengadaan Pegawai mempunyai tugas melaksanakan urusan pengadaan pegawai. Dalam melaksanakan tugasnya, bagian pengadaan pegawai menyelenggarakan fungsi :

- a. *Perumusan rencana kebutuhan dan evaluasi penempatan pegawai*
- b. *Pelaksanaan seleksi dan pengangkatan pegawai negeri sipil;*
- c. *Pelaksanaan pengangkatan pegawai tidak tetap*

Biro Hukum dan Organisasi Departemen Kesehatan terdiri dari :

- a. Bagian Peraturan Perundang-undangan
- b. Bagian Pelayanan Hukum
- c. Bagian Kelembagaan
- d. Bagian Analisa Jabatan dan Ketatalaksanaan;
- e. Kelompok Jabatan Fungsional

Sesuai dengan Pasal 69 – 70, Bagian peraturan perundang-undangan mempunyai tugas melaksanakan pelaksanaan analisa, penyusunan dan perumusan rancangan peraturan perundang-undangan, serta dokumentasi, publikasi dan kodifikasi hukum.

Dalam melaksanakan tugasnya, Bagian peraturan perundang-undangan menyelenggarakan fungsi :

- a. pelaksanaan analisa peraturan perundang-undangan;
- b. pelaksanaan penyusunan dan perumusan rancangan peraturan perundang-undangan;
- c. pelaksanaan urusan dokumentasi, publikasi dan kodifikasi hukum

Sesuai pasal 763, Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Pusrengun) mempunyai tugas melaksanakan penyiapan perumusan dan melaksanakan kebijakan di bidang perencanaan dan informasi, kemandirian dan distribusi, serta pengelolaan tugas belajar sumber daya manusia kesehatan.

Dalam melaksanakan tugasnya, Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan menyelenggarakan fungsi :

- a. *Penyiapan perumusan kebijakan di bidang perencanaan dan pengembangan informasi, pengembangan kemandirian dan distribusi, serta pengelolaan tugas belajar sumber daya manusia kesehatan.*
- b. *Perencanaan program di bidang perencanaan dan pengembangan informasi pengembangan kemandirian dan distribusi, serta pengelolaan tugas belajar sumber daya manusia kesehatan*
- c. *Pelaksanaan kebijakan di bidang perencanaan dan pengembangan informasi, pengembangan kemandirian dan distribusi, serta pengelolaan tugas belajar sumber daya manusia kesehatan;*
- d. *Evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan kebijakan di bidang perencanaan dan pengembangan informasi, dan pengembangan kemandirian dan distribusi, serta pengelolaan tugas belajar sumber daya manusia kesehatan;*
- e. *Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Pusat.*

Dalam penyusunan kebijakan tentang pemerataan dokter dan dokter gigi yang menjadi *leading sector* adalah Unit Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, dengan melibatkan *stakeholders* terkait. Biro Hukum dan Organisasi



memfasilitasi penyusunan peraturan tersebut sehingga menjadi peraturan yang dihormati oleh semua pihak khususnya pemerintah daerah.

### **6.2.2 Tata Hubungan Kerja Institusi Terkait Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi**

Sesuai dengan Pasal 71 Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran disebutkan bahwa “ Pemerintah Pusat, Konsil Kedokteran Indonesia, pemerintah daerah, organisasi profesi membina serta mengawasi praktik kedokteran sesuai dengan fungsi dan tugas masing-masing

Belum ada tata hubungan kerja yang baku pada masing-masing institusi terkait kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi, walaupun masing-masing institusi memiliki persamaan “*object*” yang diatur yaitu dokter dan dokter gigi. Departemen Kesehatan mengakui selama ini melibatkan *stakeholders* termasuk organisasi profesi dalam penyusunan kebijakan, tetapi informan diluar Departemen Kesehatan menyebutkan bahwa kerjasama belum terjalin dengan baik. Informan dari Biro Hukum dan Organisasi mengakui belum melibatkan organisasi profesi dalam penyusunan RPP tentang penempatan tenaga kesehatan strategis, sebagai tindak lanjut dari Pasal 52 undang-undang No. 23 tentang Kesehatan.

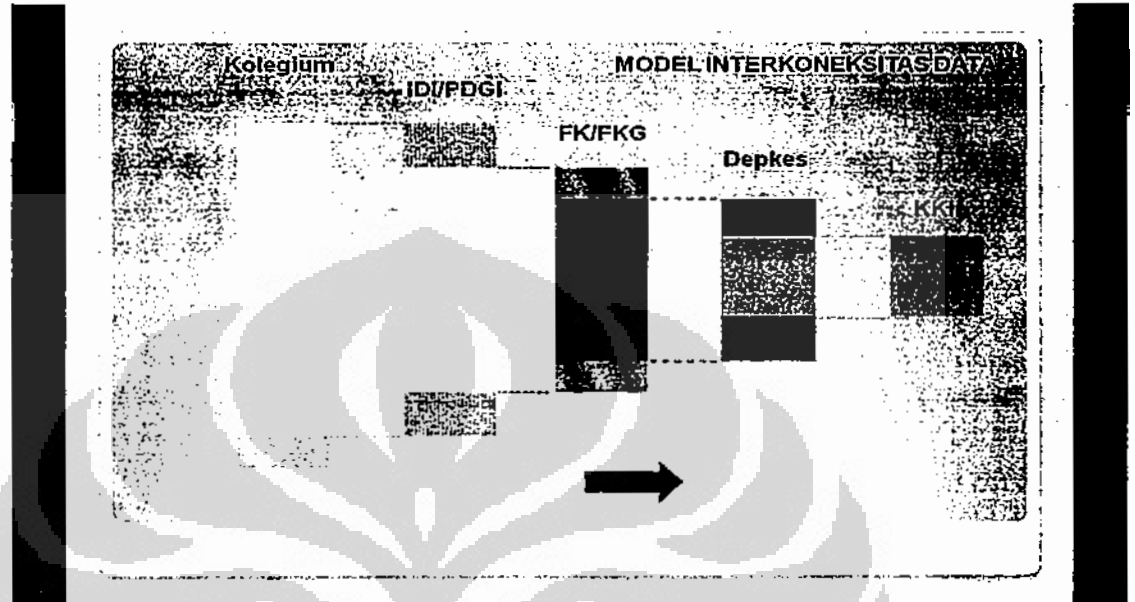
Dalam rangka mendapatkan data dokter dan dokter gigi yang valid dari masing-masing *stakeholders*, KKI telah menerbitkan Keputusan KKI no. 38/KEP/IX/2007 tentang Pedoman Registrasi dokter dan dokter gigi secara terpadu (*online*), dimana dokter dan dokter gigi dapat melakukan registrasi secara online berbasis website. Dimana mekanisme pelaksanaan registrasi online adalah :

- a. Proses pemasukan data dilakukan secara berjenjang melibatkan seluruh pemangku kepentingan (*stakeholders*);
- b. Verifikasi data dari pemohon dilakukan oleh petugas yang ditunjuk di fakultas kedokteran dan kedokteran gigi, organisasi profesi, kolegium, serta KKI;
- c. Validasi data dilakukan oleh Divisi Registrasi KKI agar layak diproses untuk penerbitan STR;
- d. Pengiriman STR langsung kepada dokter dan dokter gigi;
- e. Pemeliharaan dan penyimpanan data berikut berkas persyaratan registrasi dilakukan oleh KKI;
- f. Monitoring dan Evaluasi oleh KKI bersama-sama pemangku kepentingan (*stakeholders*) terkait;
- g. Penyediaan informasi registrasi untuk kepentingan masyarakat.

Disamping itu, KKI telah menandatangani kesepakatan dengan organisasi profesi (Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia) untuk membangun keterpaduan sistem informasi, komunikasi dan teknologi dalam rangka validasi sertifikat kompetensi untuk registrasi ulang dokter dan dokter spesialis antara KKI dengan IDI sesuai dengan tugas masing-masing. Hal ini merupakan upaya untuk mendapatkan data yang valid tentang dokter dan dokter gigi yang telah teregistrasi di KKI.

Gambar 6.3 Keterpaduan Data Dokter dan Dokter Gigi dalam rangka

Registrasi Online



Sumber : Konsil Kedokteran Indonesia

### 6.3 Sumber (Resources)

#### 6.3.1 Sumber Dana/Modal

Sesuai dengan Kepmenkes No.508/MENKES/SK/IV/207 tentang Penetapan Lama Penugasan dan Besaran Insentif Bagi Tenaga Medis dan Bidan Pegawai Tidak Tetap yang bertugas Pada Sarana Pelayanan Kesehatan, besaran insentif yang diterima oleh dokter dan dokter gigi adalah sebagai berikut:

Tabel 6.1 Besaran Insentif untuk Tenaga Medis dan Bidan

No	Tenaga Medis dan Bidan	Besaran Insentif
1	Dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah terpencil/sangat terpencil	Rp. 7.500.000,-
2	Dokter/dokter gigi yang bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah sangat terpencil	Rp. 5.000.000,-
3	Bidan yang diangkat dengan kriteria daerah terpencil dan bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah sangat terpencil	Rp. 2.500.000,-

Anggaran yang dialokasikan pemerintah pusat dalam rangka pemerataan dokter dan dokter gigi di daerah terpencil dan sangat terpencil sudah memadai. Formasi yang diusulkan oleh Biro Kepegawaian tidak selalu terpenuhi, seperti tahun 2008, realisasi mencapai 77% (Tabel Terlampir). hal ini disebabkan karena daerah tersebut tidak ada peminatnya. Demikian pula untuk penempatan residen dokter spesialis di RS di daerah terpencil dan sangat terpencil, Tahun 2008 anggaran yang terserap hanya 50%, karena peminat yang tidak ada.

Kelangkaan dokter dan dokter gigi yang terjadi kemungkinan terjadi di daerah dengan status biasa. Karena daerah terpencil dan sangat terpencil merupakan tanggung jawab pemerintah pusat. Kemampuan daerah sangat berbeda dalam merekrut dokter dan dokter gigi, dan sangat tergantung dari prioritas pemerintah daerah. Seringkali terjadi formasi yang ada tidak diisi oleh tenaga kesehatan, tetapi tenaga lainnya.

### **6.3.2. Sumber Tenaga/SDM**

#### **6.3.2.1 Respon Dokter dan Dokter Gigi terhadap besaran Insentif Dana dan Waktu Masa Bakti**

Berdasarkan jawaban informan, respons dokter dan dokter gigi terhadap besaran insentif dana dan waktu cukup bervariasi. Sesuai pendapat dari organisasi profesi, IDI menginginkan dokter dan dokter gigi di hargai sebagai seorang profesi, bukan dihargai sebagai pegawai. IDI mengusulkan agar dokter yang bekerja "0" tahun mendapat minimal gaji 10 juta/bulan, dan di kalikan dengan *geographical index*, sesuai dengan kondisi dan situasi wilayah tempat bekerja.

Sesuai dengan Pasal 49 Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, menyebutkan bahwa :

- (1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya*
- (2) Dalam rangka pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan audit medis*
- (3) Pembinaan dan pengawasan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) dilaksanakan oleh organisasi profesi.*

Berdasarkan ayat (3), organisasi profesi berperan dalam pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya. Sistem praktik kedokteran yang baik, yang memenuhi prinsip-prinsip sebagai berikut:

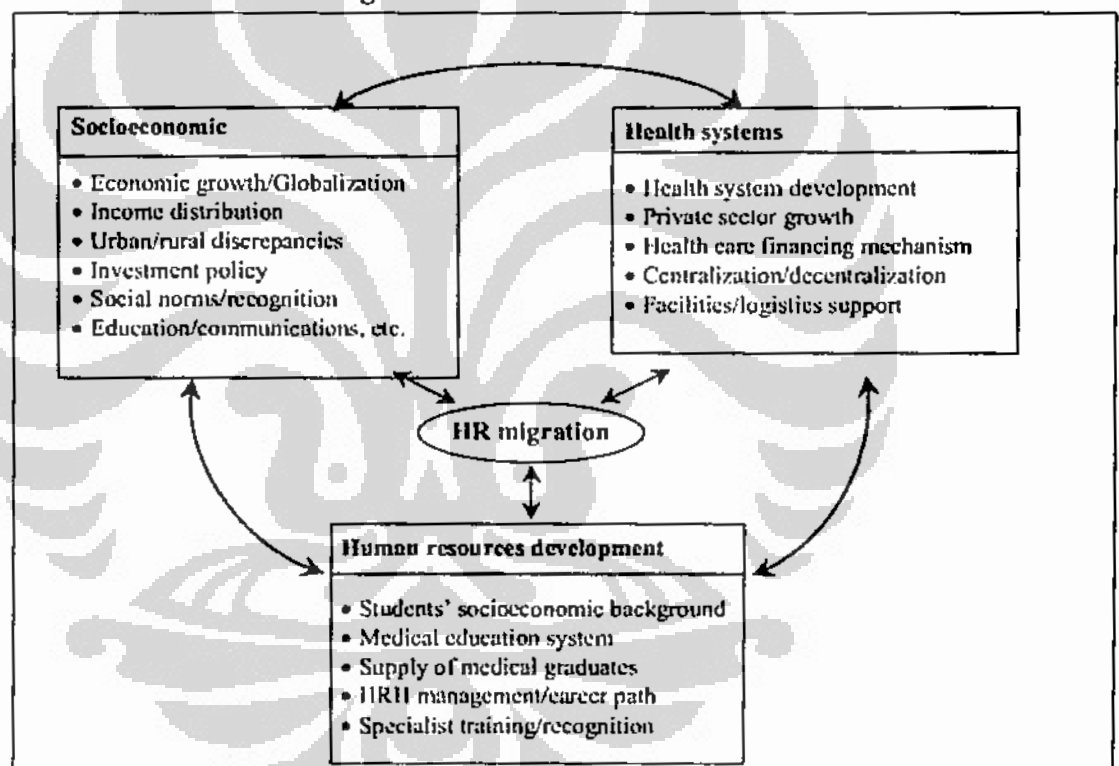
1. Kendali mutu
2. Kendali biaya
3. Berkeadilan (equity)
4. Merata (Equality)
5. Terjangkau (Affordable)
6. Terstruktur (Structure)
7. Aman (safe)

Pemberian insentif kepada dokter dan dokter gigi perlu di pandang sebagai salah satu upaya dari perbaikan sistem pelayanan kesehatan. Salah satu upaya yang diusulkan organisasi profesi adalah dokter dan dokter gigi keluarga. Dokter diberikan sejumlah uang dan bertanggungjawab terhadap pelayanan kesehatan primer sebanyak 2500 orang penduduk. Apabila angka kesakitan pada penduduk tinggi, maka biaya yang dikeluarkan dokter tersebut akan meningkat, sehingga

dokter akan mendapatkan sedikit insentif dari uang yang telah dia terima. Sehingga dokter akan pro aktif meningkatkan upaya preventif untuk mencegah masyarakat sakit dan meminimalkan biaya kesehatan. Di samping itu, sistem rujukan juga perlu dibenahi.

### 6.3.2.2 Faktor-Faktor Pertimbangan Dokter dan Dokter Gigi Dalam Memilih Lokasi Penempatan

Gambar 6.4 Faktor-Faktor yang mempengaruhi migrasi tenaga kesehatan di Negara Thailand Tahun 1997



Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wibulpopasert S, 1997 di Thailand, ada 3 faktor yang saling terkait, yang mempengaruhi mobilitas tenaga kesehatan, yaitu : Sosial Ekonomi, Sistem Kesehatan, dan pembangunan SDM.

Berdasarkan informan diperoleh informasi faktor-faktor yang mempengaruhi dokter dan dokter gigi adalah:

1. Insentif
2. Pendidikan untuk anak (keluarga)
3. Aktualisasi Diri (Teory Maslow)
4. Keamanan (Security)
5. Lama penugasan
6. Fasilitas Sarana Pelayanan Kesehatan
7. Kultur (budaya) daerah
8. Kondisi alam/lingkungan seperti cuaca

Profil suatu wilayah turut mempengaruhi minat dokter dan dokter gigi yang memilih penempatan. Minimnya informasi tentang daerah terpencil dan sangat terpencil mempengaruhi dokter dan dokter gigi baru dalam memilih penempatan. Dari data yang diperoleh realisasi formasi PTT pada tahun 2008, sebesar 77% dari kebutuhan.

Menurut informan, daerah biasa yang kemungkinan besar mengalami kekurangan dokter dan dokter gigi, karena daerah terpencil dan sangat terpencil sudah di tangani oleh Departemen Kesehatan.

### **6.3.2.3 Kesiapan / Koordinasi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah**

Dengan berlakunya Undang-Undang no. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah serta Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota maka masing-masing daerah memiliki kewenangan untuk menentukan penyebaran tenaga kesehatan. Kabupaten/Kota berwenang untuk merekrut tenaga sesuai dengan kebutuhan daerah.

Koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah masih sangat kurang, khususnya dalam pelaporan data tenaga dokter dan dokter gigi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta di daerahnya. Selama ini, Pemerintah daerah mengirimkan data dokter dan dokter gigi yang ada di daerahnya, sebagai dasar penyusunan formasi dokter dan dokter gigi PTT yang akan di rekrut.

Data yang di laporkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi meliputi jenis puskesmas (Perawatan/Non Perawatan), kriteria Puskesmas (Biasa, Terpencil, dan Sangat Terpencil), keberadaan dokter umum dan dokter gigi (PNS Pusat, PNS Daerah, PTT Pusat, dan PTT Daerah) serta kebutuhannya. Dua tahun terakhir pelaporan dan permohonan kebutuhan lebih detail dan objective, sehingga dokter dan dokter gigi yang dikirimkan untuk melaksanakan masa bakti, tahu akan ditempatkan di puskesmas mana. Bagian Pengadaan Biro Kepegawaian akan menganalisis apakah puskesmas tersebut memerlukan tenaga dokter/dokter gigi sesuai dengan standard dan ketentuan yang berlaku, minimal 1 puskesmas memiliki 1 orang tenaga dokter.

#### **6.4 Proses Pembuatan Kebijakan**

Kebijakan wajib kerja sarjana ditindaklanjuti dengan penetapan Peraturan Pemerintah No.1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktik Dokter dan Dokter Gigi. Peraturan ini mewajibkan seluruh dokter, dokter gigi dan dokter spesialis baik yang lulus dari perguruan tinggi dalam negeri maupun luar negeri untuk mengikuti masa bakti. Lama masa bakti yaitu maksimal 5 (lima) tahun, kecuali untuk daerah tertentu yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.



Untuk melaksanakan Peraturan Pemerintah No. 1 Tahun 1988 tersebut, ditetapkanlah beberapa peraturan menteri antara lain Peraturan Menteri Kesehatan No. 385/Menkes/Per/V/1988 tentang Pelaksanaan Masa Bakti dan Ijin Praktik Bagi Dokter dan Dokter Gigi. Peraturan Menteri tersebut mengatur masa bakti yang meliputi penyebaran, pengajuan kebutuhan, pengangkatan dan penempatan, jenis kepegawaian. Permenkes ini menetapkan dokter/dokter gigi yang melaksanakan masa bakti diarahkan sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) serta melaksanakan masa bakti, pengembangan karir serta masa bakti di lingkungan perguruan tinggi dan ABRI. Lamanya pelaksanaan masa bakti ditetapkan menurut pembagian wilayah yaitu 5 (lima) tahun untuk masa bakti di Pulau Jawa, 3 (tiga) tahun untuk masa bakti di luar Pulau Jawa dan 2 (dua) tahun untuk masa bakti di daerah terpencil.

Penempatan Tenaga kesehatan melalui sistem Pegawai Tidak Tetap (PTT) ditetapkan melalui keputusan Presiden No. 37 Tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter Sebagai Pegawai Tidak Tetap Selama Masa Bakti. Sistem ini memperkenankan dokter/dokter gigi untuk memilih karir sebagai PNS atau sebagai anggota ABRI atau sebagai karyawan swasta atau berpraktik mandiri setelah menyelesaikan masa baktinya. Selama melaksanakan masa baktinya, dokter/dokter gigi PTT memiliki hak dan kewajiban selayaknya unsur aparatur negara sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Untuk dokter/dokter gigi yang ditempatkan di daerah terpencil diberikan tunjangan khusus dan prioritas pengangkatan sebagai PNS. Secara umum, gaji dokter/dokter gigi PTT lebih besar dibandingkan dengan PNS terutama untuk daerah terpencil.

Upaya Pemeratan Dokter dan Dokter Gigi tidak terlepas dari penataan pendayagunaan tenaga kesehatan strategis. Hal ini ditandai dengan Lahirnya

Undang-Undang No. 9 Tahun 1996 tentang Pokok-Pokok Kesehatan. Undang-Undang ini menyatakan bahwa Pemerintah mengadakan, mengatur, mengawasi dan membantu pendidikan tenaga kesehatan, menetapkan penggunaan, dan penyebaran tenaga kesehatan pemerintah maupun swasta sesuai dengan keperluan masyarakat dengan mengingat keseimbangan antara jumlah tenaga yang diperlukan dan tenaga yang tersedia.

#### **6.4.1 Penyusunan Agenda**

Tahap awal dalam proses pembuatan kebijakan menurut Dunn (2003) adalah Penyusunan Agenda. Dalam tahap ini, para pejabat terkait menempatkan masalah pada agenda publik. Ada masalah yang menjadi agenda prioritas, sementara ada masalah yang ditunda untuk waktu lama sekali.

Menurut Biro Hukum Departemen Kesehatan, pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia merupakan agenda yang hangat dibicarakan karena terkait dengan isu daerah perbatasan. Dimana ekonomi daerah-daerah tersebut dibangun oleh negara tetangga seperti Malaysia, sehingga dikhawatirkan daerah terluar Indonesia diambil oleh negara tetangga.

Di sisi lain, desakan dari media massa atau LSM merupakan dorongan bagi pemerintah pusat untuk mengagendakan kebijakan-kebijakan tentang pemerataan dokter dan dokter gigi.

Dalam konteks pemerataan dokter dan dokter gigi agenda kebijakan pemerintah masih amat kontekstual, spasial, reaktif, dan sesaat karena agenda muncul terkait *issue* permasalahan perbatasan dengan Malaysia kemudian pemerintah mengagendakan kebijakan tersebut. Hal ini juga dikuatkan dengan

pendapat organisasi profesi (PB IDI) ketika ditanyakan bagaimana tata hubungan kerja dengan Departemen Kesehatan. Seperti dikutip dibawah ini :

*"....karena tau sendiri depkes, itukan kebijakannya selalu ya, by project gitu lho.... Tidak ada master plan yang jelas gitu...(informan 3)"*

#### **6.4.2 Formulasi Kebijakan°**

Formulasi kebijakan merupakan langkah merumuskan alternatif kebijakan untuk mengatasi masalah. (Dunn, 2003). Hal yang menarik dalam memformulasi kebijakan tentang pemerataan dokter dan dokter gigi, pemerintah dibayang-bayangi dengan demonstrasi dokter dan dokter gigi yang terjadi.

Dalam memformulasi kebijakan hal yang mendasari pertimbangan antara lain desakan dari para dokter (profesi) agar PTT tidak diwajibkan, karena hal ini melanggar Hak Azasi Manusia (HAM), sementara profesi sarjana lain, tidak ada kewajiban untuk melakukan wajib kerja.

Desakan tersebut mengakibatkan lahirnya Peraturan Menteri Kesehatan No. 1540/MENKES/SK/XII/2002 tentang Penempatan Tenaga Medis melalui Masa Bakti dan Cara Lain. Dokter dan dokter gigi tidak wajib menjalankan PTT. Hal ini jugalah yang menjiwai lahirnya Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dimana dokter/dokter gigi yang telah lulus dari insititusi pendidikan dapat bekerja di sarana pelayanan kesehatan tanpa kewajiban melaksanakan masa bakti/PTT, setelah memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan antara lain memiliki surat tanda registrasi yang telah diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia. STR merupakan salah satu persyaratan untuk penerbitan Surat Ijin Praktik oleh dinas

kesehatan kabupaten/kota. SIP yang diterbitkan merupakan instrumen bagi pemerintah untuk melakukan pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia.

### **6.4.3 Adopsi**

Rekomendasi memberikan informasi yang relevan dengan kebijakan tentang manfaat atau biaya dari berbagai alternatif yang akibatnya di masa mendatang telah diestimasi melalui peramalan. Rekomendasi membantu pengambilan kebijakan pada tahap adopsi kebijakan. Rekomendasi membantu mengestimasi tingkat risiko dan ketidakpastian, mengenali eksternalitas dan akibat ganda, menentukan kriteria dalam pembuatan pilihan, dan menentukan pertanggungjawaban administratif bagi implementasi kebijakan. (Dunn, 2003)

Rekomendasi yang diberikan oleh KKI untuk memberikan kewenangan lain kepada dokter dan dokter gigi merupakan solusi jangka pendek untuk memberikan pelayanan spesialisik kepada masyarakat sesuai dengan kebutuhan setempat. Seperti diketahui, untuk menghasilkan seorang dokter spesialis membutuhkan waktu yang cukup lama. Sehingga apabila dokter/dokter gigi diberikan kompetensi dan kewenangan tertentu yang dibutuhkan oleh masyarakat melalui pelatihan yang diberikan oleh profesi (kolegium) tentu akan mempercepat pemberian pelayanan spesialisik kepada masyarakat.

Pada pasal 35 Undang-Undang No. Tahun 2004, disebutkan :

- (1) Dokter atau dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi mempunyai wewenang untuk melakukan praktik kedokteran sesuai dengan pendidikan dan kompetensi yang dimiliki, yang terdiri atas:
  - a. mewawancarai pasien;
  - b. memeriksa fisik dan mental pasien;

- c. menentukan pemeriksaan penunjang;
- d. menegakkan diagnosis;
- e. menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien;
- f. melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi;
- g. menulis resep obat dan alat kesehatan;
- h. menerbitkan surat keterangan dokter atau dokter gigi;
- i. menyimpan obat dalam jumlah dan jenis yang iizinkan; dan
- j. meracik dan menyerahkan obat kepada pasien, bagi yang praktik di daerah terpencil yang tidak ada apotek

(2) Selain kewenangan dimaksud pada ayat (1) lainnya kewenangan lainnya diatur dengan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia

Pusrengun, BPSDM juga sedang menyusun suatu konsep kebijakan yang berbeda untuk masing-masing kabupaten/kota di Indonesia berdasarkan kemampuan pemerintah daerah dan masyarakatnya. Seperti yang terlibat pada gambar di bawah ini.

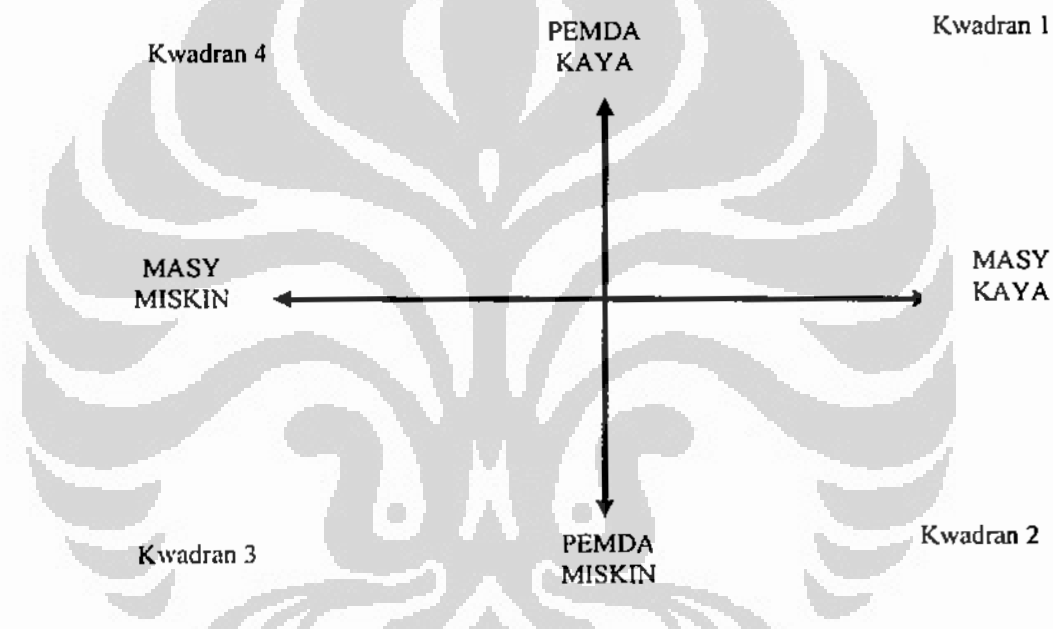
Dasar konsep pendayagunaan ini, mengakomodir sistem pemerintahan di Indonesia saat ini yaitu desentralisasi. Dengan desentralisasi, pemerintah daerah memiliki tanggungjawab dan kewenangan untuk membangun daerahnya masing-masing termasuk pembangunan kesehatan. Akan tetapi tanggungjawab dan kewenangan tersebut belum sepenuhnya dapat diemban mengingat kondisi pemerintah daerah dan masyarakat berbeda antar daerah.

Kondisi pemerintah daerah yang kaya dengan masyarakat yang kaya (kwadran 1) merupakan kondisi ideal bagi pembangunan kesehatan. Pada kondisi ini, pemerintah daerah dapat melaksanakan tanggungjawab dan kewenangan dalam

pendayagunaan tenaga kesehatan strategis dengan peran pemerintah pusat yang tidak terlalu banyak.

Kwadran 3 merupakan kondisi dimana pemerintah daerah dan masyarakat secara finansial kekurangan. Dengan kondisi ini, pemerintah pusat diharapkan untuk berperan lebih besar guna mengoptimalkan upaya pendayagunaan tenaga kesehatan strategis.

Gambar 6.5 Bagan Konsep Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Strategis



Hall menyarankan kebijakan yang dapat diambil oleh pemerintah dalam upaya pemerataan dokter dan dokter gigi, yaitu :

1. Pelayanan Wajib (*Compulsory Service*)

- a. Menentukan kompetensi dokter dan dokter gigi yang dibutuhkan oleh daerah sesuai dengan kebutuhan daerah (*specific local need*) dan tenaga yang tersedia
- b. Surat Izin Praktik dokter/dokter gigi tidak berlaku hingga dokter/dokter gigi menyelesaikan masa bakti

- c. *Professional Degree* dokter dan dokter gigi yang akan bekerja ke Luar Negeri tidak akan diverifikasi oleh pemerintah sampai dokter menyelesaikan masa baktinya.
2. Pemberian Insentif secara Langsung (*Direct Economic Incentives*), seperti pembayaran yang lebih tinggi selama pemberian pelayanan, pemberian bonus, dan pemberian gaji yang lebih tinggi.
3. Kebijakan pengembalian biaya pendidikan
  - a. Jika pinjaman pendidikan disediakan, pinjaman tersebut dikurangi dengan X % untuk tiap tahun pelayanan yang diberikan
  - b. Jika biaya pendidikan diberikan pada biaya yang murah, maka seorang dokter/dokter gigi yang memutuskan tidak memberikan pelayanan kepada masyarakat akan di denda sesuai dengan biaya pendidikan.
4. Praktik mandiri paruh waktu dokter dan dokter gigi di institusi pemerintah atau swasta
5. Memperbaiki kondisi tempat bekerja, seperti : fasilitas, peralatan, staff pendukung, administratif, pendidikan berkelanjutan, sistem rujukan.
6. Kemudahan akses untuk pendidikan spesialis dan training.
7. Preferensi rekrument pelamar dengan latar belakang pengalaman bekerja di daerah pedesaan.
8. Penggunaan paramedis, seperti asisten dokter/dokter gigi dan praktisi perawat.
9. Mempertimbangkan pendirian Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi yang bertanggungjawab terhadap pelayanan kesehatan di suatu populasi.
10. Mempertimbangkan melakukan konferensi dengan publik untuk memberikan informasi dan mobilisasi dukungan publik.

11. Meningkatkan status dan kebanggaan pada profesi dokter dan dokter gigi yang memberikan pelayanan di pedesaan
12. Penting untuk membentuk multi sektor konsil untuk koordinasi kebijakan antar tenaga kesehatan
13. Membangun kebijakan monitoring dan evaluasi dokter dan dokter gigi.

Beberapa upaya yang disarankan oleh Hall pernah dilakukan oleh pemerintah seperti kewajiban melaksanakan masa bakti/PTT, tetapi terkena issue pelanggaran HAM dan di demo oleh para dokter dan dokter gigi. Kebijakan yang masih dijalankan saat ini yaitu pemberian insentif yang lebih tinggi bagi dokter yang bersedia ditempatkan di daerah terpencil dan sangat terpencil, pendirian fakultas kedokteran/kedokteran gigi pada provinsi yang masih kekurangan tenaga dokter/dokter gigi serta pemberian beasiswa spesialis.

#### **6.4.4 Implementasi Kebijakan**

Di era desentralisasi Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan. (Pasal 5 Permenkes Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008)

Berkaitan dengan tindak lanjut pelaksanaan Permenkes 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, maka Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota wajib membuat pemetaan tenaga kesehatan khususnya dokter/dokter gigi, jumlah penduduk, kebutuhan pelayanan kesehatan, keterjangkauan pelayanan dan jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, bersama dengan Dinas Kesehatan Propinsi, institusi pendidikan



kedokteran/kedokteran gigi setempat, wakil organisasi profesi terkait, dan wakil asosiasi rumah sakit serta pihak lainnya yang terkait, dalam rangka pemberian SIP agar terdapat keseimbangan antara jumlah dokter atau dokter gigi dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Implementasinya di lapangan, ada kabupaten/kota yang letaknya berdekatan dengan ibukota negara, dimana rasio dokter dan dokter gigi berbanding jumlah penduduk sudah memenuhi standard, masih menerbitkan SIP bagi dokter/dokter gigi yang melaksanakan PTT dengan cara lain.

Dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia secara umum dapat digolongkan menjadi 2 status kepegawaian, yaitu (1) status pegawai negeri sipil (PNS) dan (2) swasta atau non PNS. Mekanisme penetapan formasi dokter dan dokter gigi yang berstatus PNS di era desentralisasi adalah sebagai berikut:

- 1) Formasi PNS pusat diusulkan oleh Departemen kesehatan (institusi pusat) kepada Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (MenPAN) dan Badan Kepegawaian Negara (BKN).
- 2) Formasi PNS daerah diusulkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi, kabupaten/kota, berkoordinasi dengan gubernur kepada Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (MenPAN) dan Badan Kepegawaian Negara (BKN)
- 3) MenPAN merumuskan kebijakan tentang formasi PNS yang mencakup jumlah formasi Nasional dan Prioritasnya, berdasarkan pertimbangan dari Menteri Keuangan dan BKN.
- 4) MenPAN menerbitkan Persetujuan Prinsip Formasi, dan menetapkan persetujuan tertulis yang terdiri dari formasi PNS Pusat dan Persetujuan alokasi formasi PNSD.

Karena keterbatasan yang dimiliki oleh Pemerintah maka tidak semua lulusan kedokteran dan kedokteran gigi diangkat menjadi PNS. Formasi disusun berdasarkan kemampuan pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk membayar dokter dan dokter gigi yang dipekerjakan.

Pedoman penyusunan perencanaan sumber daya manusia kesehatan di tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit telah ditetapkan dalam bentuk Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 81/Menkes/SK/I/2004. Berdasarkan pedoman tersebut, Metode penyusunan kebutuhan SDM kesehatan ditentukan berdasarkan:

1. Kebutuhan epidemiologi penyakit utama masyarakat
2. Permintaan (demand) akibat beban pelayanan kesehatan; atau
3. Sarana upaya kesehatan yang ditetapkan
4. Standar atau ratio terhadap nilai tertentu

Determinan yang berpengaruh dalam perencanaan kebutuhan SDM adalah:

- a. Perkembangan penduduk, baik jumlah, pola penyakit, daya beli, maupun keadaan sosiobudaya dan keadaan darurat/bencana
- b. Pertumbuhan ekonomi; dan
- c. Berbagai kebijakan di bidang pelayanan kesehatan.

Berdasarkan kajian perencanaan tenaga kesehatan yang dilakukan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Tahun 2005, Secara umum perencanaan SDM kesehatan dilakukan untuk hampir semua jenis tenaga, walaupun demikian lebih dari separuh kabupaten/kota tidak menerapkan pedoman perencanaan yang telah ditetapkan dengan alasan kurangnya sosialisasi. Hasil penelitian juga menunjukkan ketenagaan di daerah tertinggal dan terpencil ditandai dengan rasio tenaga kesehatan

per puskesmas yang lebih kecil, jangkauan desa terpencil yang lebih luas, dan proporsi pegawai PNS yang lebih sedikit, dukungan Pustu dan Polindes yang lebih sedikit, harapan terhadap insentif yang sangat tinggi, serta rencana kepindahan yang lebih tinggi. Jenis insentif yang paling diharapkan oleh petugas Puskesmas adalah gaji/tunjangan yang lebih baik, peningkatan karir, dan penyediaan fasilitas.

#### 6.4.5 Monitoring dan Evaluasi

Monitoring menyediakan informasi yang relevan dengan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi yang telah dilaksanakan. Monitoring membantu pengambil kebijakan pada tahap implementasi kebijakan. Sementara evaluasi memberikan informasi yang relevan dengan kebijakan tentang ketidaksesuaian antara kinerja kebijakan yang diharapkan dengan yang benar-benar dihasilkan.

Menurut Hall (2002), permasalahan dalam pemerataan tenaga kesehatan dihadapi oleh hampir semua negara. Banyak strategi yang digunakan, tetapi evaluasinya sangat terbatas dan sulit dilakukan. Pemerintah dan masyarakat seharusnya tidak menyamakan *rural doctor* sama dengan pelayanan kesehatan di pedesaan. Dokter hanya merupakan bagian dari sistem, dokter tanpa tenaga kesehatan lainnya, peralatan, obat-obatan, hanyalah sebatas "*simbol yang mahal*". Tenaga kesehatan non dokter yang terlatih di pedesaan lebih efektif dibandingkan para dokter.

Monitoring dan evaluasi terhadap kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi umumnya belum melibatkan organisasi profesi dan KKI. Monitoring dan Evaluasi masih bersifat institusional sesuai dengan tugas pokok dan fungsi masing-masing institusi. Disamping itu, laporan dari pemerintah daerah yang tidak rutin sehingga

sulit melakukan analisis dan proyeksi kebutuhan dokter dan dokter gigi. Kecuali daerah yang sangat terpencil dan terpencil tetap memberikan laporan kepada Departemen Kesehatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan tenaga dokter dan dokter gigi yang akan melaksanakan PTT. Tetapi Jumlah daerah tersebut tidak banyak.

### **6.5 Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi**

Kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi merupakan kebijakan yang tidak terpisahkan dari kebijakan pendayagunaan tenaga kesehatan yang merupakan bagian dari upaya penyelenggaraan Sistem Kesehatan Nasional. Dengan demikian, landasan dan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi sama dengan landasan SKN, yaitu:

1. Landasan Idiil yaitu Pancasila
2. Landasan Konstitusional yaitu UUD 1945 (Amandemen Keempat), khususnya; Pasal 28 A, Pasal 28 B ayat (2), Pasal 28 C ayat (1), Pasal 28 H ayat (1), dan Pasal 34 ayat (2) dan (3)
3. Landasan Operasional meliputi seluruh ketentuan peraturan perundangan yang berkaitan dengan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan, terutama:
  - a. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia no. VII/MPR/2001 tentang Visi Indonesia Masa Depan;
  - b. Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan;
  - c. Undang-Undang No. 8 Tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana;
  - d. Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;

- e. Undang-Undang No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen
- f. Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- g. Undang-Undang No.33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
- h. Undang-Undang No. 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang No. 3 tahun 2005 tentang Perubahan Atas Undang-Undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menjadi Undang-Undang
- i. Undang-Undang No. 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025;
- j. Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;
- k. Peraturan pemerintah No. 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah;
- l. Peraturan Pemerintah No. 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
- m. Instruksi Presiden No. 5 Tahun 1974 tentang Program Bantuan Pembangunan Sarana Kesehatan;
- n. Peraturan Presiden No. 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2004-2009;
- o. Keputusan Presiden No. 37 tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter Sebagai Pegawai Tidak Tetap Selama Masa Bakti;

- p. Peraturan Menteri Kesehatan No. 645/Menkes/Per/X/1986 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis;
- q. Peraturan Menteri Kesehatan No. 695/Menkes/Per/X/1986 tentang pendayagunaan Dokter Umum dan Dokter Gigi;
- r. Peraturan Menteri Kesehatan No. 385/Menkes/Per/V/1988 tentang Pelaksanaan Masa Bakti dan Ijin Praktik Bagi Dokter dan Dokter Gigi;
- s. Peraturan Menteri Kesehatan No. 360/Menkes/Per/V/1989 tentang Pelaksanaan Masa Bakti bagi Dokter dan Dokter gigi di Lingkungan Departemen Pertahanan dan Keamanan dan Angkatan Bersenjata RI;
- t. Peraturan Menteri Kesehatan No. 483/Menkes/Per/VII/1989 tentang Pelaksanaan Masa Bakti Bagi Dokter dan Dokter Gigi di Lingkungan Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI;
- u. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1170.A/Menkes/Per/X/1999 tentang Pelaksanaan Masa Bakti Tenaga Medis;
- v. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1540/Menkes/Per/XII/2002 tentang Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain.

Pemerintah Pusat sedang menyusun Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Penempatan Tenaga Kesehatan, sebagai amanat dari pasal 52 Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, yang menyebutkan bahwa:

- (1) *Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan.*
- (2) *Ketentuan mengenai penempatan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.*

Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa bakti dan Praktik Dokter dan Dokter Gigi masih berlaku sampai saat ini, tetapi sudah tidak menjadi acuan lagi, karena payung hukum peraturan tersebut telah dicabut, yaitu Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan dan Undang-Undang No. 8 Tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana.

Undang-Undang 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, mencabut Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana, sehingga tidak ada kewajiban bagi dokter dan dokter gigi untuk melaksanakan masa bakti. Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dimana dokter dan dokter gigi yang telah lulus, dapat langsung mendapatkan SIP setelah memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan, antara lain Surat Tanda Registrasi yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia.

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 KESIMPULAN

1. Penyebaran dokter dan dokter gigi di Indonesia belum merata, umumnya terkonsentrasi di wilayah Indonesia Bagian Barat dan daerah perkotaan dimana pertumbuhan ekonomi lebih cepat.
2. Koordinasi antar pihak yang terlibat dalam proses penyusunan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi masih sangat minim. Pemerintah pusat belum maksimal melibatkan *stakeholders* non pemerintah dalam penyusunan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi.
3. Anggaran yang disiapkan pemerintah pusat relatif cukup untuk membiayai dokter dan dokter gigi yang bekerja di daerah terpencil dan sangat terpencil. Tetapi untuk daerah biasa sangat tergantung dari prioritas pemerintah daerah. Ada kemungkinan daerah yang mengalami kekurangan dokter dan dokter gigi adalah daerah biasa. Tetapi sulit untuk menyimpulkan berapa puskesmas yang tidak memiliki dokter dan dokter gigi karena sistem pelaporan belum berjalan baik.
4. Faktor-faktor yang menjadi pertimbangan dokter dan dokter gigi dalam memilih lokasi tempat bekerja yaitu besarnya insentif, pendidikan untuk anak (keluarga), aktualisasi diri (teory Maslow), keamanan (*security*), lama penugasan, fasilitas sarana pelayanan kesehatan, kultur/budaya daerah, dan kondisi alam/lingkungan seperti cuaca.



5. Dalam konteks pemerataan dokter dan dokter gigi, agenda kebijakan pemerintah masih amat kontekstual, spasial, reaktif, dan sesaat.
6. Formulasi kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi menghadapi hal yang dilematis, di satu sisi pemerintah berkewajiban untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sementara di sisi lain kebijakan wajib kerja sarjana terkena *issue* pelanggaran hak azasi manusia.
7. Penempatan tenaga medis melalui masa bakti dan cara lain sebagaimana diatur dalam Kepmenkes 1540/MENKES/SK/XII/2002 merupakan kebijakan yang di adopsi oleh pemerintah pusat untuk menjawab tuntutan dokter dan dokter gigi terhadap kewajiban melaksanakan PTT.
8. Implementasinya kebijakan penempatan tenaga medis melalui masa bakti dan cara lain dinilai tidak efektif, karena tidak ada *control system* terhadap mekanisme pengangkatan PTT daerah. Ada pemerintah daerah yang menerima atau menolak dokter/dokter gigi yang akan bekerja di wilayahnya tidak berdasarkan pemetaan kebutuhan real daerahnya.
9. Evaluasi terhadap kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi belum pernah dilakukan secara bersama-sama antara pemerintah pusat dengan *stakeholders* yang terkait.
10. Berbagai kebijakan yang telah ditetapkan dan sedang disusun oleh pemerintah belum jelas arahnya dalam arti masih terdapat pertentangan substansi peraturan yang disusun pemerintah dan *stakeholders*.
11. Kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi diatur melalui peraturan menteri kesehatan. Hal ini menyebabkan daerah kurang respon terhadap kebijakan tersebut.

12. Pemerintah dan *stakeholders* memiliki persepsi yang berbeda terhadap masalah utama yang menyebabkan tidak meratanya dokter dan dokter gigi. Sehingga solusi yang dilakukan dan rekomendasi yang diusulkan kurang sinkron dan harmonis.

## 7.2 SARAN

1. Perlu diatur suatu sistem interkoneksi antar *stakeholders* yang memiliki data dokter dan dokter gigi untuk menjamin validitas data dokter dan dokter gigi yang memberikan pelayanan kepada masyarakat.
2. Dalam rangka meningkatkan minat dokter dan dokter gigi untuk melaksanakan PTT pusat ataupun daerah, hal-hal yang dapat dilakukan antara lain:
  - a. Memberikan pemahaman kepada calon dokter dan dokter gigi yang sedang dalam pendidikan bahwa “sebesar-besarnya biaya yang mereka keluarkan untuk pendidikan kedokteran, pemerintah masih mensubsidi biaya pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi.”
  - b. Meningkatkan *awareness* dokter dan dokter gigi bahwa menjadi seorang dokter merupakan profesi mulia yang erat dengan nilai-nilai kemanusiaan dan bukan untuk mengejar imbalan/insentif semata.
  - c. Memberikan pemahaman bahwa seorang dokter/dokter gigi merupakan bagian dari suatu *team work* yang tidak bisa melakukan pelayanan kesehatan tanpa tenaga kesehatan lainnya.
3. Koordinasi dan hubungan kerja antara *stakeholders* yang terkait dalam penyusunan kebijakan serta *monev* dalam rangka pembinaan dokter dan dokter gigi perlu ditingkatkan.

4. Perlu kesamaan persepsi dari masing-masing *stakeholders* dalam memandang permasalahan tidak meratanya dokter dan dokter gigi sehingga memiliki solusi dan rekomendasi yang tepat dalam menetapkan kebijakan yang dihormati oleh pemerintah daerah.
5. Profesi dokter dan dokter gigi merupakan profesi yang sangat dekat dengan unsur-unsur kemanusiaan (*humaniora*) sehingga kewajiban untuk melakukan masa bakti dalam waktu tertentu mungkin perlu diatur kembali dengan lebih mengapresiasi hal profesi dokter/dokter gigi.
6. Mengingat kompleksitas permasalahan dan banyaknya *stakeholders* terkait, penyusunan kebijakan pemerataan dokter dan dokter gigi perlu melibatkan Badan Perencanaan Nasional (Bapenas).
7. Perlu dikembangkan sistem praktik kedokteran secara menyeluruh dengan prinsip: kendali mutu, kendali biaya, berkeadilan (*equity*), Merata (*equality*), Terjangkau (*affordable*), terstruktur (*structured*), dan aman (*safe*).

## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito W, 2007, Sistem Kesehatan, Perhitungan Kebutuhan Tenaga Kesehatan Berdasarkan Indikator Sehat 2010, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, p.147
- Aday, L.A, Andersen, R and Flemming, 1980, G.V. Health Care in the U.S. Equitable for whom? Newbury Park: Sage Publication,
- Aday, L.A At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the united states, 1993, San Francisco : Jossey-Bass Publishers,
- Anonymous, 2004, 'More doctor needed, without discrimination', The Lancet, August 2004 ;364, 9434; Academic Research Library, p.555 dari: <http://www.proquest.com/pqdweb/> [3 Mei 2008]
- Azwar A., 1996, Pengantar Administrasi Kesehatan, Cetakan Pertama, Edisi ketiga, Binarupa Aksara, Jakarta, p.7
- Barkel C. 1996, *The Health Care Policy Process*, Sage Publications, London, p.8, p.28
- Bungin B. 2007, *Analisis Data Penelitian Kualitatif : Pemahaman Filosofis dan Metodologis ke Arah Penguasaan Model Aplikasi*, P.T. Raja Grafindo Persada, Jakarta, p.53, pp.59-61, pp.69-70, p.85
- Departemen Kesehatan RI, Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2000-2010, Jakarta, 27 Maret 2000
- Dunn W. 2003, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, p.22, p.44, p.97, p.98, p.21, p.25, p.510
- Dussault G., Franceschini M., *Not enough there, Too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce*, BioMed Central, Human Resources for Health, 27 May 2006, , <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12> [20 Feb 2009]
- Eddy van Doorslaer 2006, Christina Masseria, Xander Koolman, Canadian Medical Association, Journal; Jan 17, 2006; 174, 2; Proquest Health and Medical Complete, p.177 dari: <http://www.proquest.com/pqdweb/> [5 May 2008]
- Green, L.W. 1980, 'Health Education Planning, a Diagnostic Approach', Mayfield Publishing Company, California..
- Hellen M.H, 2007, 'Where has all the staff gone? Strategic to recruit and retain quality staff Progress on Transplantation', June 2007, Proquest Health and Medical Complete, p.89 dari: <http://www.proquest.com/pqdweb/> [6 Juni 2008]

- Illyas Y, 2004, 'Determinan Factors of Doctor's Distribution in City/District Indonesia.
- Julio Frenk,1999, et al, 'Trends in Medical Employment: Persistent Imbalances in Urban Mexico', American Journal of Public Health, Jul 1999;89,7;ABI/INFORM Global, p.1054, dari:<http://www.proquest.com/pqdweb/> [6 Juni 2008]
- Konsil Kedokteran Indonesia, 2007, Buku Registrasi Nasional
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 508 tentang Penetapan Lama Penugasan dan Besaran Insentif bagi Tenaga Medis dan Bidan Pegawai Tidak Tetap yang Bertugas Pada Sarana Pelayanan Kesehatan, 2007
- Larson L, 2008, 'Bringing in rural physician, Proquest Health and Medical Complete', Januari 2008, p.8 dari: <http://www.proquest.com/pqdweb/> [6 Juni 2008]
- Mustikowati SR, Laksono Trisnantoro, Andreas Meliala, 2006, Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Penempatan Dokter Spesialis Ikatan Dinas, 2006, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol.09, No.2 Juni 2006,p.58-64, dari: [www.jmpk-online.net/files/01.mustikowati.pdf](http://www.jmpk-online.net/files/01.mustikowati.pdf) [2 april 2008]
- Rene P. McEdowney & Arnold Berry, 1995, 'Physician supply and distribution in USA', Auburn University Alabama, USA, and Emory University Georgia, USA, Journal Management in Medicine, 1995,p.68-74, dari:<http://www.proquest.com/pqdweb/> [6 Juni 2008]
- Siagian Sondang P, 2007, Manajemen Sumber Daya Manusia, Bumi Aksara ,Jakarta,
- Wibupolprasert S, 1999, 'Inequitable Distribution of Doctors: Can it be Solved', Round Table Discussion, Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) Vol.3 No.1 January-April, 1999 dari: [www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj6/pdf31/INEQUIT.PDF](http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj6/pdf31/INEQUIT.PDF) [2 April 2008]
- Walt G. 1994, *Health Policy : An Introduction to Process and Power*, Zed Books, London, p. 41, p. 45
- Walster, E.William, G. And Berscheid, 1978,E. Equity : theory and research. Boston: Allyn and Bacon Inc,

Lampiran I

MATRIKS PENGOLAHAN DATA

No	Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 5	Informan 6
		KKI-1	KKI-2	IDI-1	PDGI-1	PDGI-2
		L	L	L	L	P
		64	60	60	53	58
		S2	S2	S2	S3	S2
	Tidak merata					
	Penyebaran					
	Pola Penyebaran	...sekarang tidak optimal karena memang berbeda dengan dulu	Pola penyebarannya ya...berdasarkan kebutuhannya, kebutuhan dan lokasi formasi yang ada. ” Banyak daerah terpencil, remote area yang belum ada doktermnya	Penyebarannya yang jelas tidak merata, terkonsentrasi di pusat-pusat pertumbuhan ekonomi...	...Penyebarannya kan...tidak merata, baik penyebaran antara desa dan kota maupun penyebaran antara Jawa dan luar Jawa...	...penyebaran drg khususnya di Indonesia saat ini justru tidak terpola,....
	Sumber Data	karena mereka harus mempunyai surat tanda registrasi	...dengan terregisternya seseorang itu, otomatisakan ketahuan dimana alamatnya	Jadi setiap dokter mendaftarkan di cabang IDI, dimana dia berada, mendaftarkan di IDI Kabupaten, nah...dari itu diteruskan ke pusat....	.... dalam mengurus izin praktik harus mendapatkan rekomendasi dari PDGI,...dari sana kita mendapatkan data kan berapa dokter yang berpraktik di wilayah...	...sebelum tahun 2000 kita mendapatkannya dari Direktorat Kesehatan gigi, tapi seringkali ...tidak sinkron ya...dengan data di FKG-FKG...
	Standard	1 terhadap 2.500	Kalau dari depkes itu, melihatnya hanya formasi, permintaan daerah. Sebetulnya kalau yang benarkan berdasarkan penduduk, jadi 1 dokter melayani sekian ribu dokter	IDI mengadvokasi pelayanan kedokteran terpadu...setiap penduduk itu punya dokter keluarga, nah rasio yang ideal, yang kita tawarkan dimana mana adalah 1 dokter bertanggungjawab terhadap 2.500 jiwa.	Kita mengikuti standar ini... depkes....	...Ideal nya satu puskesmas satu dokter gigi, ....
	Proyeksi	Tidak pernah....	Pasti ada, kita akan proyeksi berdasarkan	Ada waktu itu, pak hasporo, sudah buat itu,		Proyeksinya memang dilakukan tapi sekarang

			jumlah penduduk, tapi KKI tidak bisa kerja sendiri...	dengan rasio itu kemudian. kita membutuhkan dokter...	...kebutuhan jauh lebih banyak, sementara juga permasalahan kesehatan gigi juga cukup serius...	kurang valid karena adanya pertambahan penduduk,.... Tentunya kita pemerataan pelayanan kesehatan jadi terhambat ya...
Dampak	pelayanan disana tidak akan terpenuhi	Praktis otomatis pelayanannya, akan tidak kedokterannya, akan tidak merata. Penduduk di daerah terpencil, remote area, tidak menerima pelayanan kesehatan...	Ya seperti sekarang kan, persaingan jadi tidak sehat,... masyarakat kemudian tidak mendapatkan layanan yang lebih baik...			
Dukungan stakeholders						
Peran Masing-Masing	...menjaga kualitas dokter, membuat standar kompetensi, pembinaan praktik dokter tentu dengan membuat regulasi-regulasi	Sesuai dengan tupoksi KKI berkewajiban untuk mempertahankan dan menjaga kompetensi...	...sebetulnya IDI yang pertama, karena dia yang memberikan rekomendasi orang itu boleh mendapatkan SIP... punya kewenangan untuk membatasi			Penting sekali, karena dia mempunyai cabang-cabang di sana, sedikit banyaknya cabanglah yang lebih mengetahui atau lebih sensitif..atau lebih paham daerah-daerah mana, kantong-kantong mana bisa membantu pemerintah....
Tata hubungan	Terus terang aja belum, di Undang-Undang Praktik Kedokteran memang disebutkan pembinaan praktik kedokteran dilaksanakan oleh stakholders, artinya kan oleh KKI juga. ...	Kerjasamanya belum terjalin dengan baik, ya...leading sektornya ada di departemen kesehatan	...bisa ya, bisa tidak itu, karena tau sendiri depkes, iutkan kebijakannya selalu ya, by <i>project gitu lho</i> ... Tidak ada master plan yang jelas gitu...	Cukup banyak dilibatkan, jadi misalnya dalam pembuatan regulasi, kita di undang dimintakan saran maupun dalam pembuatan kebijakan .		Yah...selama ini sifatnya baru bersifat konsultatif, ... memang dulu itu... pure oleh depkes, belakangan baru dilibatkan dalam rangka tukar pendapat, mencari masukan...tapi belum ada tata kerja.
Sumber (Resources)						
Sumber	Saya terus terang aja tidak	Dana dari Depkes sudah	Kalau dibilang memadai			...dulu pada saat

		tau pasti, tapi tampaknya juga tergantung dari masing-masing pemerintah daerah juga, ada yang masih mengandalkan ke pusat	cukup banyak, untuk PTT kemana pun mereka bisa ditempatkan...	belum, sebab kita IDI melihat, pemerintah itu menghargai dokter bukan sebagai dokter, tapi sebagai PNS,...		dikeluarkan memang cukup atraktif ya, tapi ntah dengan inflasi sekarang apakah itu masih attractif atau tidak, tapi yang menjadi kurang attractif adalah bahwa dibayarkannya terlambat, ...
<b>Sumber Tenaga /SDM</b>						
- Respon Dokter terhadap insentif		mendengar berita-berita memang ada yang betah, ... tidak ada kewajiban untuk bekerja disana	Nah...sekarang dokter, merasa karena sekolah saya bayar sendiri, saya bebas, dia akan memilih cara lain. Tidak mau PTT dia..	...nah itu sekarang yang sedang diperjuangkan oleh IDI. Kita sekarang sedang menyusun bahwa kalau profesi dokter, sebenarnya minimal dia dihargai 10 juta, waktu 0 tahun....	sebagian besar masih bertanya-tanya masih bimbang, tapi setelah mereka kesana umumnya mereka merasa senang, artinyadengan insentif yang diberikan mereka merasa cukup memuaskan,	...menarik ya barangkali saat ini itulah tadi dengan adanya inflasi, dengan adanya penurunan nilai...
- Faktor-Faktor dalam memilih lokasi		...ada gula ada semut... terus terang income buat dia ... masalah keluarga berperan buat dia terutama pendidikan anak-anaknya		.dokter sebagai manusia... Maslow...kebutuhan dasarnya, primer, sekunder, tersier, dia butuh aktualisasi diri dan sebagainya	karena tempat baru ini memiliki daya tarik, dan tempat lama memiliki kekuatan mendorong...sehingga, daya tolak itulah, sehingga orang tidak betah diisini gitu.	keamanan daerah itu, daerah itu akomodasi, fasjitas, apa yang ada...
- Kesiapan/Koordinasi Pusat dan Daerah		...secara politis tiap daerah pokoknya ada dokter terserah aja... didukung oleh pembiayaan	Sebetulnya sistenya bagus, sudah siap secara sistem, tapi dukungannya kadang kurang, misalnya sarana prasarana...	... Kalau menurut ... pemerintah mengangkat dia menjadi PNS, artinya dia menanggung karirnya sampai dia meninggal	Saya ngak tau terlalu persis ya, ...selama ini dicoba dilakukan koordinasi, misahnya dilakukan forum koordinasi bersama dinas	...ketidaksiapannya mungkin dari aspek management bagaimana memanagerment pembangunan kesehatan secara mandiri ...



						<p>...prioritas itu (kesehatan gigi) jelas sampai sekarangpun masih rendah apalagi dengan adanya tripple burden...</p>
					<p>kesehatan propinsi, dan kabupaten kota, membahas masalah-masalah masalah contohnya ya penempatan, tapi ya sekali lagi ya, biasanya itu kesehatan gigi prioritasnya .. tidak terlalu besar. Itu yang menjadi permasalahan,</p>	
					<p>...inikan menjadi konsekuensi tujuan utama meningkatkan pelayanan kesehatan ... tersedianya tenaga itu yang merupakan faktor penting</p>	<p>Secara khusus aspek pemerataan kurang dibicarakan secara intensif,.....</p>
					<p>Media masa saya rasa cukup banyak yang ini, media cetak secara intensif memberikan misalnya kurangnya tenaga kesehatan di daerah,</p>	<p>Ya..tentunya media massa itu efektif sekali ya dalam membangun opini ya</p>
					<p>Kajau di libatkan jawabannya bisa iya, bisa tidak itu, karena tau sendiri depkes, itukan kebijakannya selalu ya, by project gitu lho... tidak ada master plan yang jelas gitu,...</p>	
					<p>Wajib kerja itu dihapus berdasarkan Undang-Undang N0. 13 Tahun 2002, kalau gak salah, mengenai ketenagakerja.....</p>	
					<p>Zaman-zaman sekarang sih ga kedengaran ya, ...tapi tetap tuntutananya disara harus ada pelayanan</p>	
					<p>Pasti itu bukan tugasnya KKI... mungkin depkes dengan institusi pendidikan, karena sekali lagi, stakeholder-stakolders yang lain yang concern.</p>	
					<p>Kalau gak salah kita terakhir kali berencana untuk me...apa bukan pemerataannya, kita menyusun ... <i>forecasting</i> tenaga dokter 2015 ke depan seperti apa..</p>	<p>Agenda, ini sangat terkait dengan kebijakan globalisasi, ... kita tidak boleh menolak ... dokter malaysia yang mau praktik di jakarta...</p>
					<p>... saya tidak begitu tahu ya, tapi sebetulnya semua juga concern ya...</p>	
					<p>Wajib kerja itu dihapus berdasarkan Undang-Undang N0. 13 Tahun 2002, kalau gak salah, mengenai ketenagakerja.....</p>	
					<p>Proses Pembuatan Kebijakan</p>	
					<p>Penyusunan Agenda</p>	
					<p>- LSM/Media Massa yang Peduli</p>	
					<p>Formulasi Kebijakan</p>	

							bisa ke departemen, bisa ke wamil, mungkin dia bisa kerja apa namanya dengan orang asing...
							...kejelasan daerah yang mau dituju, seperti apa...bagaimana cara mencapai ke sana,.... bagaimana tinggal di sana...
	<b>Adopsi Kebijakan</b>						
	- Rekomendasi	...dokter yang mempunyai kewenangan lain...	Pertama mungkin adalah adanya sistem kesehatan yang komprehensif, ada sistem kesehatan nasional, ada sistem kesehatan daerah, termasuk dalam sistem itu adalah masalah a...pembeayaan kesehatan....asuransi kesehatan sudah masuk dalam sistem itu,....	...IDI sedang merancang... geographical insentif index...	(1)...bawah pemerataan itu perlu...(2) pemerataan perlu ada kondisi kerja yang baik terutama daerah terpencil (3) ...perlu dilakukan upaya-upaya meningkatkan minat dan pengabdian		
	- Alasan Masa Bakti Tidak Diwajibkan	Inikan era reformasi ini, kenapa hanya dokter saja yang wajib kerja, sarjana lain kog enggak, gitu kan...	Masalah hak asasi manusia, seorang dokter dia merasa dipaksa...	...dengan adanya PTT kemudian PTT lain, itu artinya kan kemampuan pemerintah menyerap dokter berkurang,....	Ya itu kan...berkat undang-undang praktik tenaga kerja, itu memang sudah menyatakan tidak boleh lagi ada		He..he..Alasannya? bukannya kita yang protest ...ya, ha...ha...bukannya profesi kita sendiri yang protest... Kita ini diwajibkan begini begitu, beda dengan sarjana yang lain ya...
	- Alasan Kebijakan Masa Bakti Cara Lain						
	Implementasi Peraturan Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain			Ya, sekarang itu yang sudah ada, minimal, lumayanlah PTT itu antri, antri lo...karena mereka membutuhkan surat,	Artinya kita baik atau tidak itu sangat relatif,, untuk program PTT dahulu proses secara internal di depkes.... sekarang inikan...bisa		...menjadi kurang attractif adalah bahwa dibayarkannya terlambat....

				untuk ikut spesialisasi	dilihat secara transparant	
- Manfaat PTT	PNS itu yang diutamakan pasc PTT ... Ada juga... jadi mungkin dia itu dari segi pengalaman			Manfaat bagi dokternya? Mereka di janjikan untuk memberikan pendidikan spesialis	Mereka biasanya umumnya mendapatkan pengalaman, karena melaksanakan pelayanan kesehatan primer...	...mereka akan diperkaya baik secara keprofesian, karena kasus kasus yang tidak ditemukannya di tempat pendidikannya dia akan lihat,...
Monitoring dan Evaluasi	Harus ada koordinasi, harus ada semua stakeholders dalam rangka apapun	Secara bersama-sama gak pernah, masing-masing aja, melakukan evaluasi		Gak sih, kalau saya lihat, tidak ada hal seperti itu..		Nggak...ngak ada, hehe.dimana itu... Gak pernah kita ditaruh dimana...ga ada tuh, depkes dulu jauh banget,
- Efektifitas Pelaksanaan PTT		Tidak efektif...malah ....akan menghambat sistem pelayanan kedokteran.		Tidak efektif...malah menurut saya akan menghambat sistem pelayanan kesehatan...	Ya, kalau saya lihat ya mungkin, memang yang bisa maksimalkan, bisa kita kerjakan walaupun tetap dilakukan peningkatkan...	Saya rasa ...masih efektif atau nggak nya disatu pihak mungkin ada efektifnya...itu yang harus kita cari, mendalam di situ, saya gak punya data,
Kebijakan Pemerintahan dokter dan dokter gigi						

Catatan : Informan 4 berasal dari IDI, memberikan presentasi yang berjudul: Kekacauan Sistem Manajemen Kesehatan: Potret Buram Layanan Kesehatan "Gratis" (presentasi terlampir)

### Matriks Pengolahan Data

No	Pertanyaan	Informan 7 Pusrengun-1	Informan 8 Pusrengun-2	Informan 9 Dikti	Informan 10 Rohukor	Informan 11 Ropeg
		L 55 S2	P 37 S2	P 45 S3	L 36 S2	P 46 S2
1	Tidak merata Penyebaran Pola Penyebaran	...masalahnya masih klasik, untuk daerah yang maju, katakanlah Jawa Bali itu a... lebih bagus, ditinjau dari rasio terhadap penduduk maupun fasilitas pelayanan kesehatan, dibandingkan dengan daerah di luar Jawa maupun Bali.	...penyebaran dokter itu sangat tidak tersebar secara merata, ....30-40% itu tenaga dokter di puskesmas itu tidak ada/ dan amat terpencil mungkin agak mengalami kesulitan...	...jumlah rasio dokter terhadap penduduk dan kemudian rasio yang diperlukan pada daerah-daerah terpencil dan amat terpencil mungkin agak mengalami kesulitan...	Pola penyebaran saya kira masih sama masih sama dengan dulu, karena hal-hal yang sifatnya, dokter dokter itu tidak mau bekerja di daerah-daerah terpencil, kan itu, itu yang sulit sebenarnya.	... daerah itu tentunya belum merata, ada yang mereka mampu, ada yang tidak mampu...
	Sumber Data	...kita lebih banyak mendapatkan secondary data dari pusdatin, itu ada pendataan puskesmas,	...iya, sistem itu SP2TP dan pelaporan puskesmas kalau dulu itu berjalan baik. Sekarang itu kayaknya gak berjalan begitu baik, tidak semua puskesmas melapor.....	melalui data-data sekunder yang ada dari Depkes...	(dari Pemda) .. berapa kebutuhan tenaga untuk mengasih puskesmas-puskesmas itu kan.	...melihat kebutuhan yang diajukan pemda masing-masing  ...kitakan setahun mengangkat 3 kali, kita minta itu, tapi ada yang memberikan, satu sekaligus, kita juga evaluasi kembali
	Standard	kita memang punya acuan, seperti kepmen 81,	Ada aturan-aturannya itu, yang kita daftar susunan pegawai, salah satu standard yang harus di penuli bahwa setiap puskesmas harus punya dokter	Tidak tahu...		
	Proyeksi	kita biasanya bikin ga terlalu jauh sih kita, karena untuk intervensi yang sifatnya	Saya kebetulan dibidang distribusi, kalau institusi dimaksud adalah pusren			... secara keseluruhan fungsinya bukan biro kepegawaian, fungsi

		perencanaan, di pusren perencanaan itu mempunyai tupoksi pokoknya adalah menyebarkan, mndayagunakan, sampai ke penjenjang karir lah, menyusun aturan-aturan itu.			badan PPSDM Pusrengun. Kita hanya untuk PNS lingkup depkes sama & TT,
	Dampak	khusus, biasanya jangka pendek, yang kemarin kita bikin itu sampai 2009 menyesuaikan dengan RJPKN yang pertama, yang sekarang ini kita sedang membuat RPJMN tahap yang kedua jadi selama 5 tahunan karena ini sifatnya jangka pendek gitu kalau gak ada dokternya pelayanan pasti terganggu...	Otomatis pelayanan tidak merata,...		tidak terjangkau ...ya lihat sendiri kalau... di pedalaman coba anda kalau ke papua, karena apa dia gizinya jelek, dia makannya juga...karena apa, kita kalau makmur, mau anaknya apa...lidup sehat
2	Dukungan Stakeholders				
	Peran Masing-Masing	...Kalau untuk distribusi kita memang fungsinya memang menyiapkan rumusan kebijakan, menyusun pedoman terus kemudian kalau bisa ada standard, katakana lah seperti ini, kemudian kita juga ada implementasi sebenarnya, yang sifatnya intervensi...	Dijen Pendidikan Tinggi berperan untuk empowering, dan facilitating, dan enabling fakultas fakultas kedokteran/kedokteran gigi untuk meyakinkan kualitas SDM di produksi,	kita hanya memfasilitasi untuk seterusnya mengkoordinasikan bagaimana kebijakan-kebijakan dibuat oleh teknis itu dijadikan peraturan perundangan supaya dihormati oleh daerah gitu,	Prinsipnya kan kita memeratakan itu, melihat kebutuhan yang diajukan pmda masing-masing, tentunya satu kebutuhan itu ditentukan dengan kebutuhan daerah, dengan kita mengangkat PTT e...untuk ST sama T i
	Tata hubungan Kerja	Kalau itu sangat erat kaitannya dengan profesi tertentu....MKKI, kolegium,	... justru menyusun ini semua berdasarkan siapa yang terkait, pada saat itu tahun 2004 konsil belum	Eh...karena saya baru ya, baru bergabung di dikti saya mungkin tidak bisa menjayab	Ya..kita kalau menetapkan kebijakan pasti, semua stakeholders pasti

			lahir kan, gak kita libatkan, tapi IDJ, PDGI kita libatkan,	pertanyaan itu ya, bergabung justru saya yang sering mendekati Depkes untuk menanyakan bahkan juga dengan KKI		terkait, bukan hanya di lingkungan profesi aja, tapi departemen lain pun pasti,
3	Sumber (Resources) Sumber Dana/Modal	...kalau dari segi anggaran, sebenarnya dibidang cukup gimana ya, a...dibidang cukup malah berlebih ya ... Kita menyediakan 50% dari anggaran itu aja tidak terserap semua, karena memang sedikit sekali yang mau ditugask	...kalau anggaran rata-rata sih disini terserap ...sesuai dengan jumlah staff yang ada sih terserap, bak ada yang kita kembalikan, karena sudah kita rencanakan...	.... pemerintah menyiapkan suatu sistem,...jadi negara ini membiayai lebih dari 50%, ...		e..itu relatif ya cukup, tapi dengan adanya insentif untuk kriteria itu, nyatanya berbondong-bondong ya berminat, berartikan dia itu, ada sesuatu yang diinginkan kan, jadi kriteria ST itu rata-rata habis ya, diminati...
4	Sumber Tenaga/SDM - Respon Dokter terhadap insentif	Kalau untuk PTT lumayan ya..lumayan bagus, terutama untuk daerah sangat terpencil, banyak sekali yang berminat...	Itu pertanyaan yang sangat relatif sekali ya,...			Itu responnya baik yang 6 bulan itu, dan itu banyak diminati, karena 6 bulan itu dianggap dia telah menyelesaikan masa bakti I tahun
	- Faktor-Faktor dalam memilih lokasi	(disamping insentif) , Lama penugasan, fasilitas disana: perumahan, kendaraan, terus kemudian kalau misalnya mereka bawa keluarga itu, ada sekolah untuk anak,	Ya...relatif sekali ya, misalnya kayak sekarang ini orang yang pergi ke papua, banyak diminati, disana diberikan untuk ke papua cukup 6 bulan...			Satu dia masa tugas, dia memilih yang pendek, yang kedua tentunya dia income, insentif, dia memilih itu kadang-kadang, dia juga memilih yang sempit, yang jangka waktunya pendek, insentifnya...



		diberikan kewajiban sedangkan untuk tenaga yang lain tidak, jadi itukan dianggap melanggar issue HAM...	satu komponen sebelum ada. Kalau ada melakukan perhitungan gini, sanggup gak sih. Semua masalahnya apa...apa...Kayak ini, begitu kita ujicoba, waktu kita ini kan di bogor,	insentif terus menerus kita tekor, negara ini, pasti tekor...	betul-betul terlibat dalam pengaturan tenaga kesehatan, penempatan PTT...	
7	Adopsi Kebijakan		"PTT cara lain itu adalah jalan keluar supaya mereka tidak merasa diwajibkan tapi kita masih bisa memanfaatkan mereka" (Informan 8)	... justru yang dilakukan Dikti saat ini hal itu...kita punya 52 fakultas yang sudah establiish...torakhir ini ada 17 institusi pendidikan baru... atas inisiatif dari pemerintah daerah setempat.		
	- Rekomendasi	Sebenarnya rekomendasi sudah dilaksanakan ya : yang pertama memberikan beasiswa terutama berasal dari daerah setempat, nah...itu lebih mudah untuk mengembalikan mereka bertugas di tempat asalnya kemudian yang kedua.... dengan insentif, ... bisa finansial, bisa non finansial. Yang non Finansial misalnya dengan reward, penghargaan kemudian misalnya mereka secara periodik di berikan training gitu...	...kita bagi kuadran-kuadran gitu ya, kalau, ...nah ini kita sedang menyusun kebijakan tenaga kesehatan ini...ini kalau kita katakan ada kuadran-kuadran kayak gini...	"...7000 spesialis harus dihasilkan, pertanyaan saya, itu untuk mencapai target MDG yang mana? Ya kan."	...harus kita push lagi dia...karena profesi dokter tidak sama dengan profesi-profesi lainnya seperti pengacara, akuntan, dan lain-lain karena sarat dengan nilai-nilai kemanusiaan, nilai-nilai humaniora itu, nilai-nilai kehidupan...	Saya inginnya sih, si dokter itu kembali seperti dulu, mereka punya kewajiban dia WKS, seperti di Singapura, di Singapura itu kan untuk ilmu di luar kedokteran itu, dia WKS nya itu hanya 1/2 N,tapiuntukkedokteran itu dia N, selama masa pendidikan, di Indonesia harusnya demikian karena kita itu kan satu terdiri dari kepulauan, kita luas paling tidak adalah karena kedokteran itu masih disubsidi secara



							tidak langsung.
	- Alasan Masa Bakti Tidak Diwajibkan	Kalau untuk dokter itu sudah jelas, yaitu di Undang-Undang Praktik Kedokteran	...tapi justru itu kan demo para dokter yang baru sekali itu di dunia Indonesia itu, dokter demo itu kan, orang sarjana lain gak pernah disuruh wajib kerja kenapa dokter harus wajib kerja,...	PTT cara lain itu adalah jalan keluar supaya mereka tidak merasa diwajibkan tapi kita masih bisa memanfaatkan mereka			
	- Alasan Kebijakan Masa Bakti Cara Lain						
8	Implementasi Peraturan Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain	....ada daerah-daerah yang tidak setuju, lebih karena durasi, masa tugasnya yang diperpendek menjadi 6 bulan	Salah satunya...salah lainnya banyak, misalnya pemda, pemdanya menolak dokter yang berasal dari luar daerah bukan putera daerah...	mendapatkan suatu aset, skill dan asset soft skill lain, ya yang tidak akan bisa didapatkan kalau mereka langsung masuk ke dapat pasar pelayanan medis.	...tapi paling tidak yang itu tadi tu, masih banyak daerah-daerah yang masih ada daerah-daerah yang tidak tahu bagaimana menyikapi PTT yang kabur dari tempatnya wilayah kerjanya....	Ada, telat, karena usulan terlambat gitu ya, kemudian pegawai dinasnya telat mengusulkan pasti realisasi gajinya cari kepada yang bersangkutan juga akan telat,	
	- Manfaat PTT	lebih kepada pengalamannya ya,...	...dokter yang belum pernah tugas di lapangan itu tidak punya pengalaman...	...kalau sudah bicara tentang pengawasan anu kan, harusnya masing-masing itu, dengan diterbitkan ini kan,			
9	Monitoring dan Evaluasi	Kita sih ada forumnya ya, biasanya untuk langsung ke puskesmas sih, kita jarang ya, paling jauh itu, kita sampai ke kabupaten,			Itu kegiatan tahunan kita ada, evaluasi peraturan perundang-undangan, tiap tahun kita lakukan itu, bukan	Jelas...	

	- Efektifitas Pelaksanaan PTT	Sebenarnya bisa dibalang itu menjadi penghambat ya, karena kita jadi tergantung orang mau ditempatkan disana atau nggak, mau kesana kan berarti kita ada effort lebih.	masing-masing harusnya mempunyai tugas.  Ya harus kita cara, orang yang bener-bener volunteer.... ada orang yang gila juga			khusus pemeratan tapi, kita lebih banyak secara umum		
10	Kebijakan Pemerataan dokter dan dokter gigi					UU PK, UU WKS, Permenkes 512, Permenkes 1540, PP 1/88 tentang masa bakti		...payung RPP itu tetap Undang-Undang Kesehatan....

**Kekacauan Sistem dan Manajemen Kesehatan: Potret Buram Layanan Kesehatan "Gratis"**  
(Mental Model Pelayanan Kedokteran)

Farid Anfasa Moeloek

SEMINAR DAN URUN REMBUG NASIONAL (SEMILURNAS):  
Sejahtera Untuk Semua Di Era Kebijakan Pelayanan Kesehatan  
"Gratis" : Sebuah Komitmen Yang Harus Dibangun  
Jakarta, 7-9 Mei 2009

# "No Free Lunch"

- Bayar Sendiri-sendiri (Masyarakat)
- Bayar Patungan (Masyarakat, Asuransi)
  - Dibayar Pemerintah (Pajak)
  - Dibayar Pemerintah dan Sendiri-sendiri/Patungan (Pajak dan Asuransi)

## Pasal 44

- (1) Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti **standar pelayanan** kedokteran atau kedokteran gigi.
- (2) **Standar pelayanan** sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibedakan menurut jenis dan **strata sarana pelayanan** kesehatan.

\*) UU Republik Indonesia No 26/2004 tentang Praktik Kedokteran

## Paragraf 5

### Kendali Mutu dan Kendali Biaya

#### Pasal 49

- (1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya
- (2) Dalam rangka pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan audit medis.

\*) UU Republik Indonesia No 26/2004 tentang Praktik Kedokteran

(3) Pembinaan dan pengawasan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan oleh **Organisasi Profesi.**

\*) UU Republik Indonesia No 26/2004 tentang Praktik Kedokteran

Perubahan 'Konotasi'

(Sesuai UU 40/2004/ UU SJSN)

- Sejalan dengan pengembangan Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan , pemerintah tidak lagi menyelenggarakan pelayanan kesehatan individu melalui Puskesmas.

SISTEM KESEHATAN NASIONAL  
(2004)

- Penyelenggaraan pelayanan kesehatan individu menerapkan konsep dokter keluarga kecuali di daerah yang sangat terpencil yang masih dipadukan dengan pelayanan Puskesmas

Peraturan Presiden No 27/2005<sup>a</sup>  
(Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2004-2009)

Bab 28, D, point 4 :

Program upaya kesehatan perorangan (individu) yang harus dilakukan :  
Pengembangan Pelayanan Dokter Keluarga

## Reformasi Pendidikan Kedokteran

- Mengembangkan *primary care physician* yang merupakan ujung tombak
- Mengembangkan dokter keluarga untuk dapat membentuk masyarakat sehat melalui keluarga untuk dapat membentuk masyarakat sehat melalui keluarga
- Pendekatan preventif dalam melakukan tindakan, lebih baik daripada pendekatan kuratif

Sairyo Soemantri Brodjonegoro  
Direktur Jendral Pendidikan Tinggi  
Dies Natalis UI, 2006

## Reformasi Kebijakan

- Perlu segera dikembangkan sistem jaminan kesehatan (semacam asuransi kesehatan) bagi masyarakat umum
- Tenaga kesehatan (termasuk dokter) seyogyanya tidak dibayar sesuai dengan jumlah pasien yang ditangani (*fee for service harus dapat dihapuskan*)
- Kinerja tenaga kesehatan (termasuk dokter) diukur berdasarkan tingkat kesehatan masyarakat.

Sairyo Soemantri Brodjonegoro  
Direktur Jendral Pendidikan Tinggi  
Dies Natalis UI, 2006

## Undang Undang Praktik Kedokteran No 29/2004

- Sangat 'belum lengkap' dalam mengatur 'Sistem Pembiayaan'
- Belum lengkap dalam mengatur 'Sistem Pelayanan/termasuk 'Sistem Rujukan Medis'

## 'Mental Model' Sistem Praktik Kedokteran

(Menurut: UU Praktik Kedokteran dan Peraturan Presiden No 27/2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2004-2009)

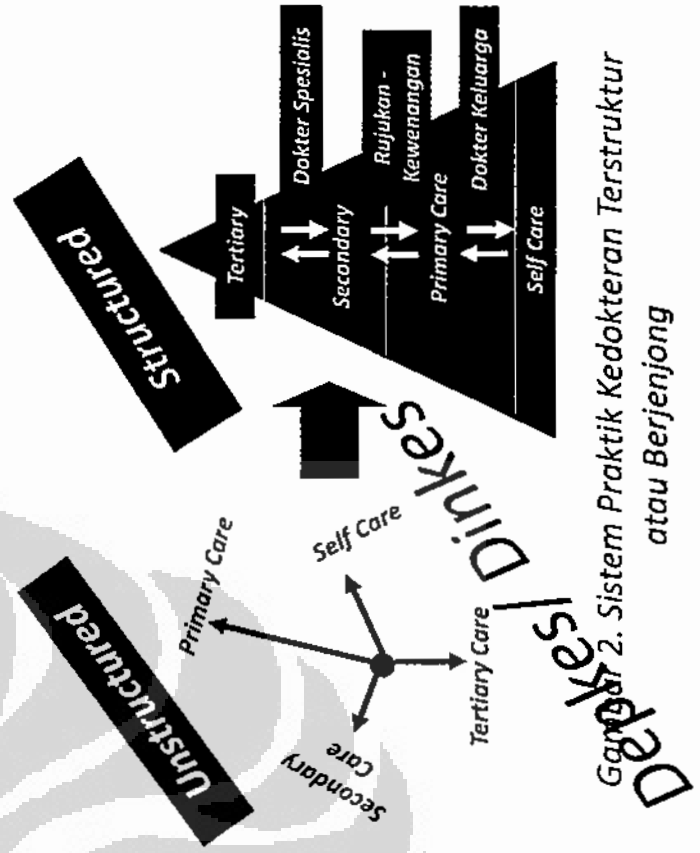
# Sistem Praktik Kedokteran

Prinsip Sistem Praktik Kedokteran Yang Baik adalah:

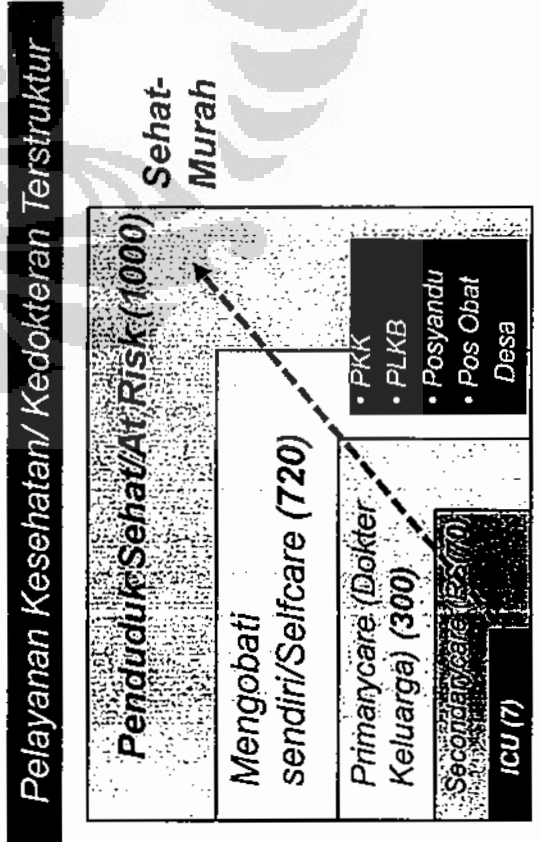
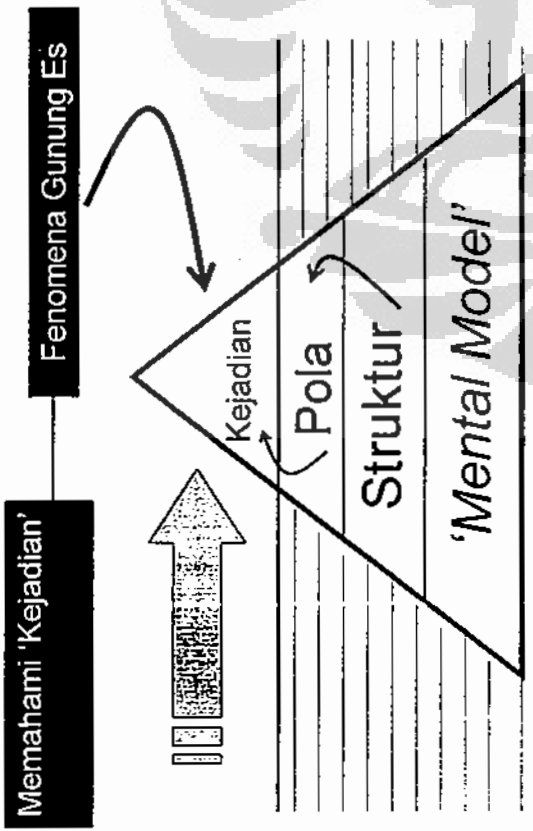
1. Kendali Mutu
2. Kendali Biaya
3. Berkeadilan (Equity)
4. Merata (Equality)
5. Terjangkau (Affordable)
6. Terstruktur (Structured)
7. Aman (Safe)

dalam sebuah kesisteman (health care system)

**POLA**



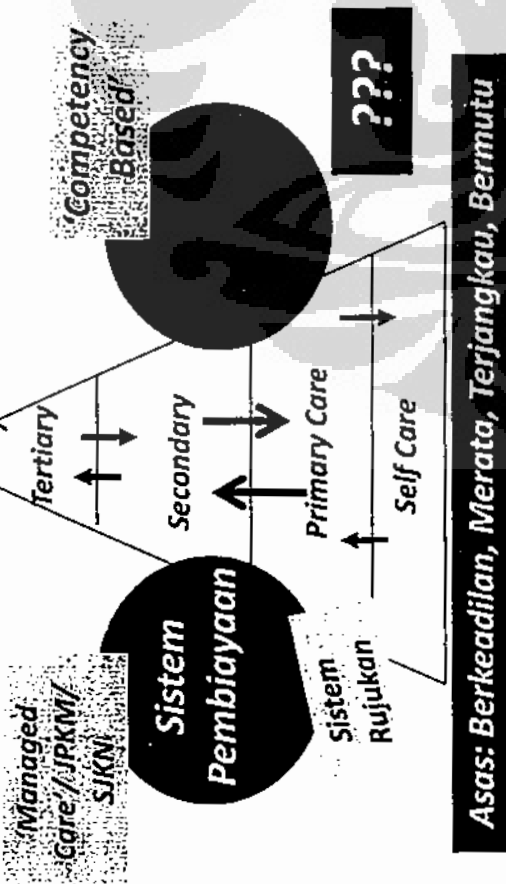
Gambar 2. Sistem Praktik Kedokteran Terstruktur atau Berjenjang



Pelayanan Kesehatan/ Kedokteran Terstruktur  
Sakit-Mahal  
Pembayaan-Hidup Sehat & Pemanfaatan Layanan Kedokteran Berjenjang

**Terstruktur**

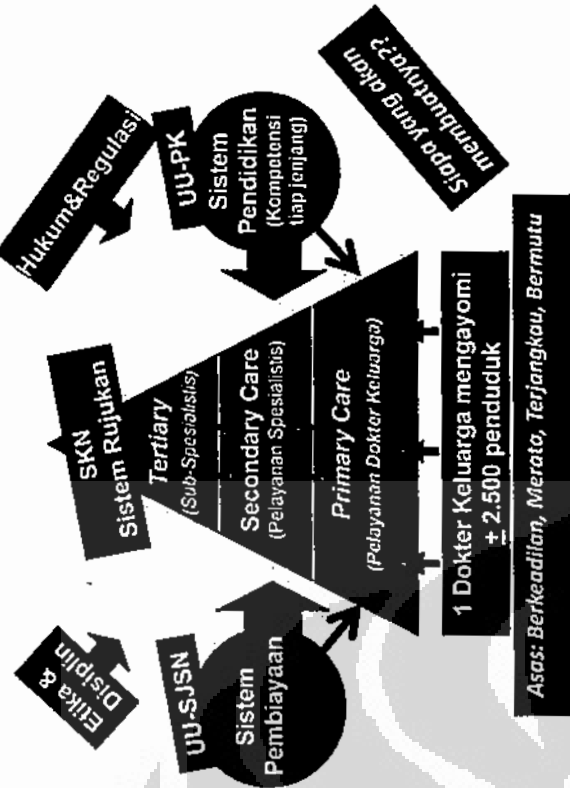
Sistem Praktik Kedokteran  
(Sistem Pemeliharaan dan Pelayanan Kedokteran Terpadu)



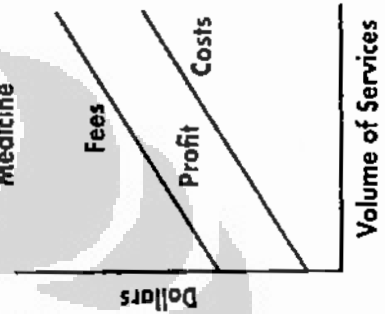
**Kompetensi dan Kewenangan Jelas**



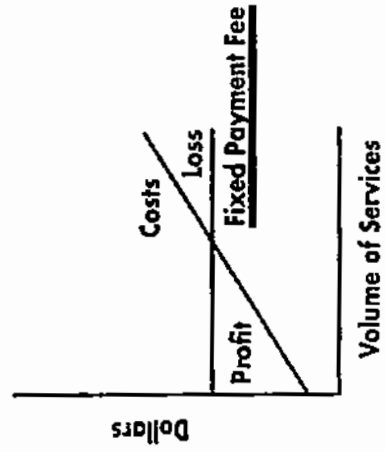
**Sistem Praktik Kedokteran Terpadu**  
(Mental Model 'Sistem Praktik Kedokteran')



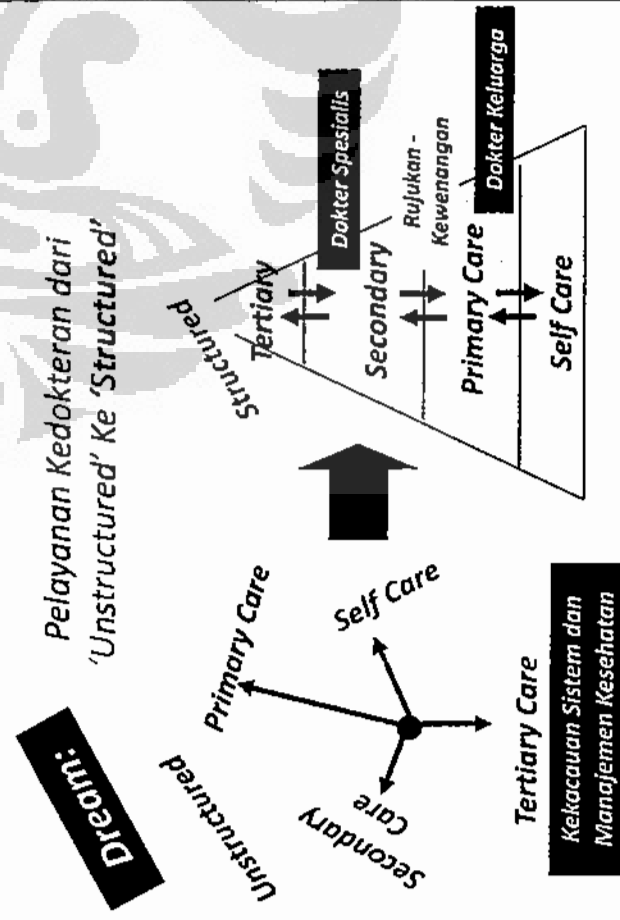
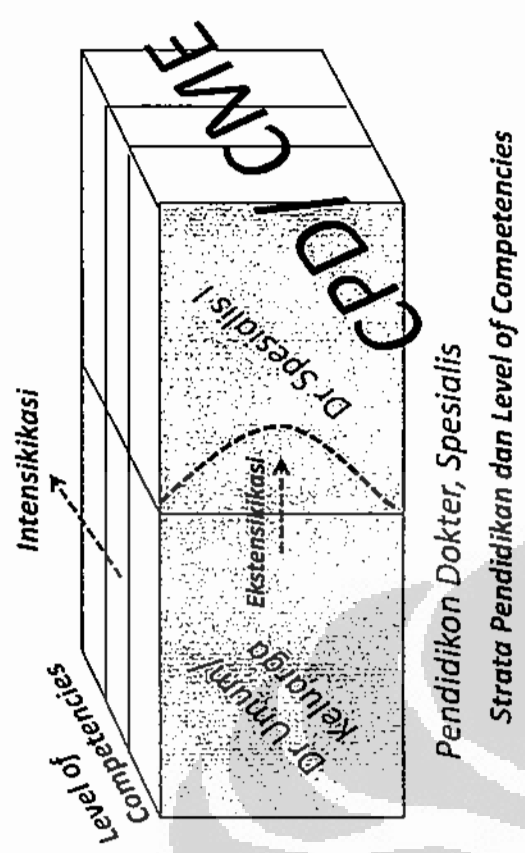
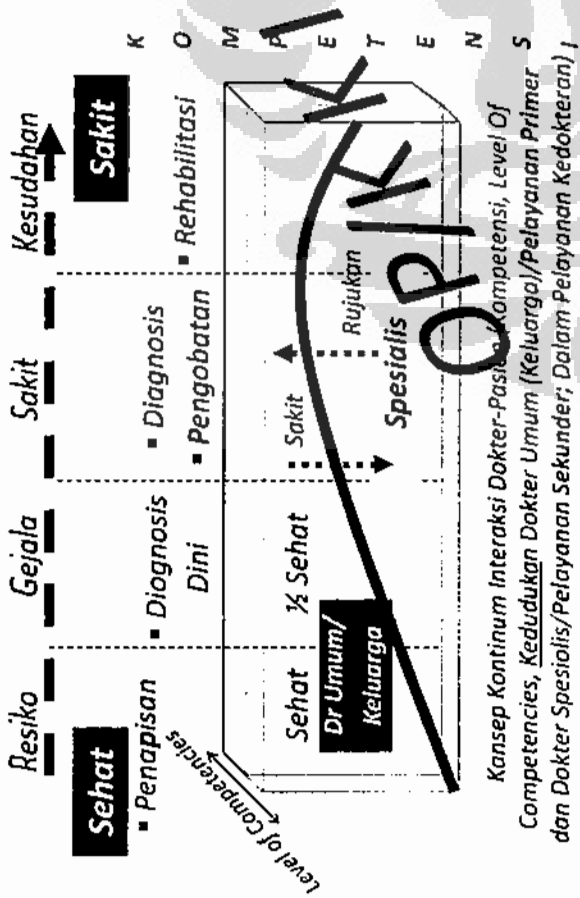
**Fee-for-Service Medicine**



**Capitated Medicine**



Sistem Pembiayaan 'Fee for Service' bergeser ke Sistem 'Capitated Medicine'



**Lesson to take home**

1. Dari 'Unstructured' ke 'Structured'
2. Rujukan atas dasar 'Kompetensi'
3. Dari 'Fee for Service' ke 'Asuransi Kesehatan/Kapitasi'
3. 'No Free Lunch'



Lampiran 3

Matriks Ratio Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, dan Dokter Gigi Spesialis berdasarkan Jumlah Penduduk di 33 Propinsi Sampal Dengan Tanggal 31 Desember 2008

No.	Provinsi	Jumlah Penduduk*	Dokter		Dokter Gigi		Dokter Gigi Spesialis		Ratio dr. 100.000 Pddk		Ratio drg.sp. 100.000 Pddk	
			4	5	6	7	8	9	10	11		
1	NAD	3.899.290	1020	185	144	5	28,2	4,2	3,7	0,1		
2	Sumatera Utara	12.333.974	4204	951	1128	26	34,1	7,7	9,1	0,2		
3	Sumatera Barat	4.549.383	1414	329	394	7	31,1	7,2	8,7	0,2		
4	Riau	4.546.591	1180	223	351	4	26,0	4,8	7,7	0,1		
5	Jambi	2.698.667	512	90	122	1	19,0	3,3	4,5	0,0		
6	Sumatera Selatan	6.798.189	1425	368	202	4	21,0	5,4	3,0	0,1		
7	Bengkulu	1.610.361	378	34	59	1	23,5	2,1	3,7	0,1		
8	Lampung	7.161.671	848	139	225	3	11,8	1,9	3,1	0,0		
9	Kep. Babel	1.018.255	205	37	47	3	20,1	3,6	4,6	0,3		
10	Kepulauan Riau	1.198.526	447	121	105	3	37,3	10,1	8,8	0,3		
11	DKI	9.111.651	10546	3919	4057	464	115,7	43,0	44,5	5,1		
12	Jawa Barat	39.130.756	9754	2435	2818	258	24,9	6,2	7,2	0,7		
13	Jawa Tengah	32.952.040	6387	1739	1234	61	19,4	5,3	3,7	0,2		
14	DIY	3.279.701	1812	680	635	106	55,2	20,7	19,4	3,2		
15	Jawa Timur	37.076.283	8502	2427	2937	272	22,9	6,5	7,9	0,7		
16	Banten	9.127.923	2535	514	907	47	27,8	5,6	9,9	0,5		
17	Bali	3.487.764	1728	542	566	14	49,5	15,5	16,2	0,4		
18	Nusa Tenggara Barat	4.161.431	416	69	119	2	10,0	1,7	2,9	0,0		
19	Nusa Tenggara Timur	4.174.571	357	50	80	0	8,6	1,2	1,9	0,0		
20	Kalimantan Barat	4.078.246	454	118	134	1	11,1	2,9	3,3	0,0		
21	Kalimantan Tengah	1.902.454	341	43	66	2	17,9	2,3	3,5	0,1		
22	Kalimantan Selatan	3.245.705	638	139	140	2	19,7	4,3	4,3	0,1		
23	Kalimantan Timur	2.950.531	940	256	297	11	31,9	8,7	10,1	0,4		
24	Sulawesi Utara	2.159.787	1295	250	74	4	60,0	11,6	3,4	0,2		
25	Sulawesi Tengah	2.324.025	316	66	61	1	13,6	2,8	2,6	0,0		
26	Sulawesi Selatan	7.475.882	2443	632	803	19	32,7	8,5	10,7	0,3		
27	Sulawesi Tenggara	1.965.958	272	42	63	1	13,8	2,1	3,2	0,1		
28	Gorontalo	916.488	195	26	23	0	21,3	2,8	2,5	0,0		
29	Sulawesi Barat	966.535	78	7	22	0	8,1	0,7	2,3	0,0		
30	Maluku	1.330.676	167	28	35	1	12,6	2,1	2,6	0,1		
31	Maluku Utara	912.209	102	21	20	1	11,2	2,3	2,2	0,1		
32	Papua	1.841.546	389	67	75	1	21,7	3,6	4,1	0,1		
33	Irian Jaya Barat	566.563	134	28	18	0	23,7	4,9	3,2	0,0		
	<b>Total</b>	<b>220.953.634</b>	<b>61444</b>	<b>16555</b>	<b>17961</b>	<b>1325</b>						

Sumber data : Konsil Kedokteran Indonesia

Sumber data jumlah penduduk: Departemen Dalam Negeri Republik Indonesia

Ratio rata-rata dokter : : 27,8

Ratio rata-rata dokter spesialis : : 7,5

Ratio rata-rata dokter gigi : : 8,1

Ratio rata-rata dokter gigi spesialis : : 0,6

LAMPIRAN 4

MATRIKS REKAPITULASI  
PENGANGKATAN DOKTER UMUM PTT  
TAHUN 2008

NO	PROVINSI	APRIL						JUNI						SEPTEMBER						JUMLAH	
		KEBUTUHAN KRITERIA		JML	REALISASI KRITERIA		JML	KEBUTUHAN KRITERIA		JML	REALISASI KRITERIA		JML	KEBUTUHAN KRITERIA		JML	REALISASI KRITERIA		JML	KEBUTUHAN	REALISASI
		T	ST		T	ST		T	ST		T	ST		T	ST		T	ST			
1	Nanggroe Aceh Darussalam							50	34	84	35	34	69	40	16	56	40	16	56	140	125
2	Sumatera Utara	56	21	77	44	21	65	41	8	49	31	8	39	22	3	25	21	3	24	151	128
3	Sumatera Barat	22	26	48	16	26	42	13	5	18	13	5	18	17	2	19	17	2	19	85	79
4	Riau	24	9	33	24	9	33	9	2	11	9	2	11	3	2	5	3	2	5	49	49
5	Jambi	26	18	44	12	15	27	20	9	29	20	9	29	14	8	22	14	8	22	95	78
6	Sumatera Selatan	30		30	16		16	16		16	14		14	18		18	18		18	64	48
7	Bengkulu	33	7	40	8	5	13	28	4	32	4	4	8	26	2	28	26	2	28	100	49
8	Lampung							17	9	26	16	9	25	18	7	25	18	7	25	51	50
9	Kalimantan Barat	16	12	28	7	9	16	14	11	25	9	11	20	18	13	31	14	13	27	84	63
10	Kalimantan Tengah	51	18	69	11	11	22	35		35	10		10	12	9	21	9	9	18	125	50
11	Kalimantan Selatan							42	21	63	24	23	47	39	10	49	37	11	48	112	95
12	Kalimantan Timur	22	7	29	15	5	20	8	2	10	7	2	9	12	5	17	12	5	17	56	46
13	Sulawesi Utara	51	16	67	14	8	22	30	4	34	14	4	18	15	3	18	15	3	18	119	58
14	Sulawesi Tengah	14	23	37	4	23	27							16	9	25	16	9	25	62	52
15	Sulawesi Selatan	37	13	50	16	13	29	18	5	23	15	5	20	21	3	24	21	3	24	97	73
16	Sulawesi Tenggara	12	45	57	2	32	34	7	24	31	2	23	25	3	35	38	3	36	39	126	98
17	Nusa Tenggara Barat	14	1	15	8		8	17	5	22	17	5	22	5		5	5		5	42	35
18	Nusa Tenggara Timur	31	76	107	12	44	56	9	32	41	6	32	38	9	33	42	8	36	44	190	138
19	Maluku	3	64	67	3	50	53	2	27	29	2	27	29	3	17	20	3	17	20	116	102
20	Papua	23	50	73	8	44	52	10	44	54	5	44	49	7	16	23	7	16	23	150	124
21	Maluku Utara	6	29	35	2	20	22	3	6	9	3	6	9	1	13	14		13	13	58	44
22	Kep. Bangka Belitung							2	3	5	2	3	5	1		1	1		1	6	6
23	Gorontalo	33	16	49	12	15	27	14	4	18	9	4	13		3	3		3	3	70	43
24	Papua Barat	11	40	51	3	39	42	6	13	19	5	14	19	3	8	11	3	8	11	81	72
25	Kepulauan Riau	9	7	16	7	7	14	7		7	7		7	4		4	4		4	27	25
26	Sulawesi Barat							6	6	12	6	6	12	1	5	6	1	5	6	18	18
	Jumlah	524	498	1022	244	396	640	424	278	702	285	280	555	328	222	550	316	227	543	2274	1748