



# ***BAB 1***

# ***PENDAHULUAN***

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang Masalah

Kebijakan penempatan dokter Puskesmas mempunyai tujuan untuk mewujudkan pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan oleh tenaga medis kepada masyarakat, seiring dengan perkembangan kebijakan pembangunan di bidang kesehatan pada era reformasi (Departemen Kesehatan RI, 1999). Kebijakan ini mempunyai nilai strategis dalam perannya menyelenggarakan *primary health care* mulai dari pelosok pedesaan sampai perkotaan (Ikrar, 2001).

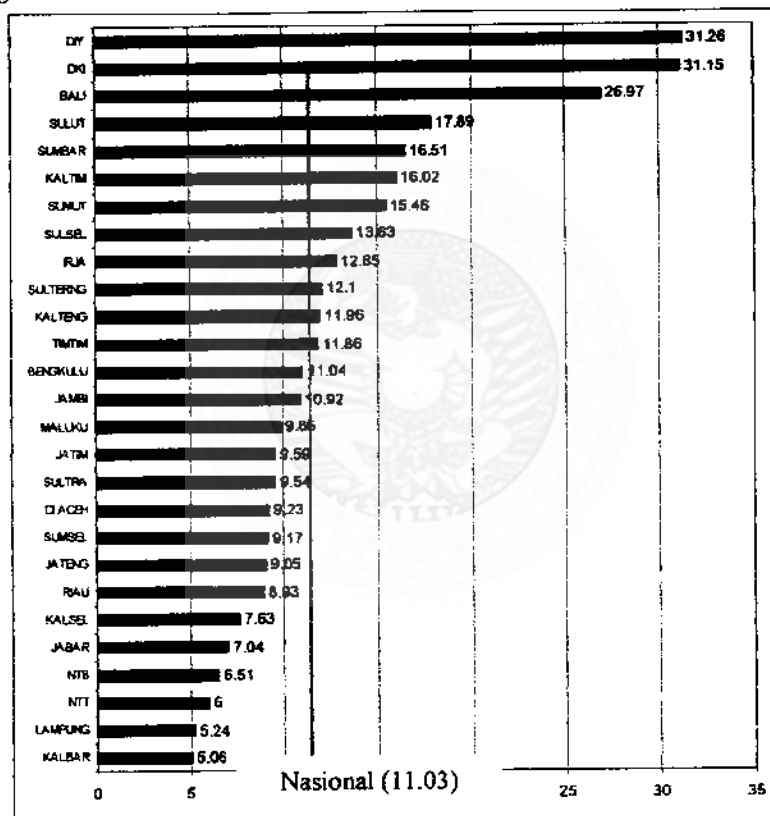
Dokter Puskesmas terdiri dari tenaga dokter yang sudah diangkat pemerintah sebagai pegawai negeri sipil (PNS), maupun dokter yang masih berstatus sebagai pegawai tidak tetap (PTT). Banyak faktor yang mempengaruhi penampilan dan semangat kerja dokter Puskesmas. Menurut Winarto (1992) sistem imbalan berpengaruh terhadap kinerja dokter Puskesmas di Kabupaten Situbondo dan Jember. Sistem imbalan yang dimaksud adalah penghargaan, otonomi, kesempatan berprestasi, penyelesaian tugas dan perkembangan pribadi.

Menurut Soemantri, dkk (1996) berbagai faktor yang mempengaruhi penampilan kerja dokter PTT adalah gaji, *job security* (kepastian mendapatkan pekerjaan pasca PTT), keadaan geografis, dan lingkungan



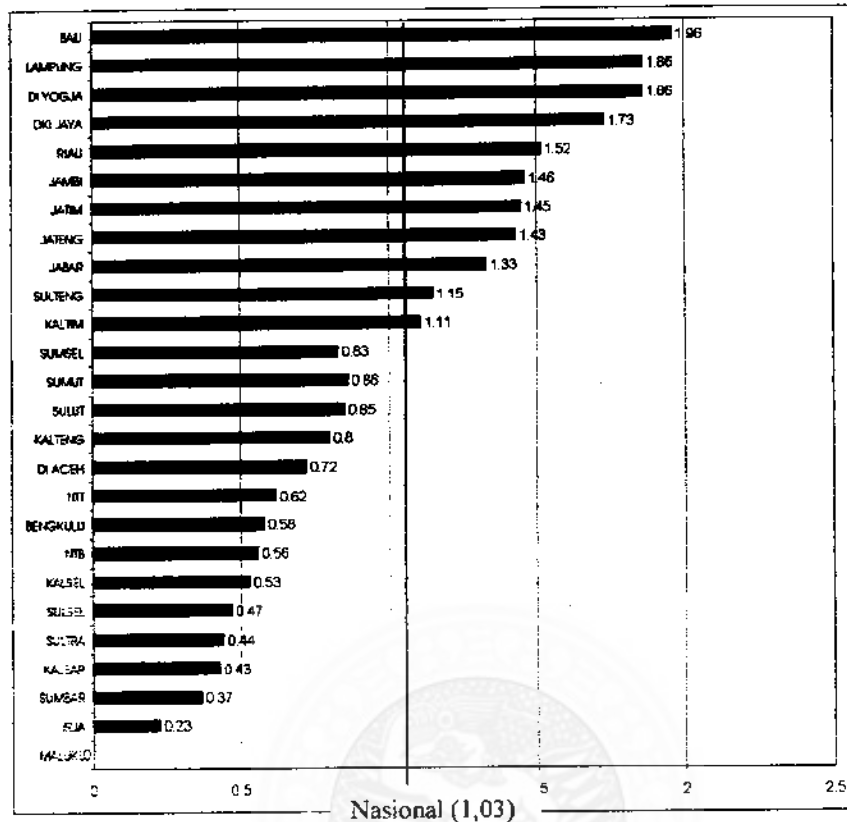
kerja. Di samping itu, tidak tegasnya para pembina dokter PTT dalam menegakkan peraturan karena pertimbangan rasa kemanusiaan, tidak adanya *reward system* (sistem imbalan dan sanksi) yang baku dan sistem supervisi dan pembinaan yang mapan mempengaruhi juga kinerja dokter PTT.

Menurut laporan Profil Kesehatan tahun 1999, jumlah dokter Puskesmas dan dokter rumah sakit per propinsi tahun 1997 dapat dilihat pada gambar 1.1 dibawah ini



Gambar 1.1 Jumlah Dokter yang Bekerja di Puskesmas dan RSUD Depkes dan Pemda per 100.000 Penduduk menurut Propinsi tahun 1997  
Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 1999

Sedang rasio dokter Puskesmas terhadap Puskesmas Tahun 1999 per propinsi dapat dilihat pada gambar 1.2.



Gambar 1.2 Rasio Dokter Puskesmas terhadap Puskesmas menurut Propinsi tahun 1999

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2000

Dari gambar 1.1. dan 1.2 di atas dapat disimpulkan bahwa selama ini *supply* dokter Puskesmas belum merata. Dari laporan Profil Kesehatan Indonesia 2000, rasio dokter Puskesmas terhadap Puskesmas secara nasional pada tahun 1998 ada 1,16, pada tahun 1999 menurun menjadi 1,03. Sedang Propinsi Jawa Timur tahun 1999 ratio dokter Puskesmas terhadap Puskesmas ada 1,45. Di Kabupaten Tulungagung selama tahun 1999 sampai 2000 rasio dokter Puskesmas terhadap Puskesmas menurun, pada tahun 1999 ada 1,39 sedang tahun 2000 hanya 0,54.

Menurut Kristianti, dkk (1995) permasalahan dokter Puskesmas yang berstatus dokter PTT dapat digolongkan dalam tiga hal, yaitu pada proses pengangkatan dokter Puskesmas, pelaksanaan dan setelah selesai masa bakti (pasca PTT). Kebijakan penempatan dokter di Indonesia, dimulai dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana (WKS). Kebijakan WKS ini sebagai upaya pemerintah untuk memenuhi dan mengatur kebutuhan sarjana tertentu (dokter, dokter gigi, dokter hewan, apoteker, sarjana hukum dan akuntansi) yang pada waktu itu jumlahnya amat kurang (Nurhadji, 2001).

Kemudian tahun 1988 dikeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 1 tahun 1988 tentang masa bakti dan praktek dokter dan dokter gigi. Pada tahun 1991, dikeluarkan Keputusan Presiden Nomor 37 tahun 1991 tentang pengangkatan dokter sebagai pegawai tidak tetap selama masa bakti. Tahun 1994 berlaku kebijakan *Zero Growth Policy* dalam pengangkatan pegawai baru di lingkungan Departemen Kesehatan RI. Ini semua terjadi karena pemerintah memberlakukan *one gate policy* dalam penempatan dokter Puskesmas di seluruh Indonesia.

Seperti yang sudah dijelaskan di depan, *supply* tenaga dokter Puskesmas belum merata dan sebenarnya kebutuhan dokter Puskesmas masih sangat diperlukan terutama di luar Pulau Jawa, khususnya untuk daerah-daerah terpencil dan sangat terpencil (Soemantri dkk, 1996). Untuk

Kabupaten Tulungagung yang terjadi adalah banyaknya Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya. Hal ini dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini.

Tabel 1.1 Jumlah Puskesmas tidak ada Tenaga Dokternya di Kabupaten Tulungagung tahun 2000 – 2001

NO	Puskesmas	Tahun 2000			Tahun 2001		
		Juni	Nop	Des	Agust	Sept	Okt
1	Banyaknya Puskesmas tanpa tenaga dokter.	7 25%	4 14,29%	4 14,29%	3 10,71%	11 39,29%	5 17,86%
2	Jumlah Puskesmas	28 100%	28 100%	28 100%	28 100%	28 100%	28 100%

Sumber : Bagian Kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung Tahun 2001.

Di samping itu, masalah sumber daya (anggaran) juga merupakan kendala dalam perencanaan dokter Puskesmas. Dengan keterbatasan anggaran yang ada pada pemerintah, maka sejak tahun 1994 diberlakukan kebijakan *zero growth policy* untuk tenaga kesehatan (termasuk dokter Puskesmas). Pada kebijakan ini formasi untuk menjadi Pegawai Negeri Sipil akan turun tiap tahunnya.

Peluang yang ada dalam mengatasi permasalahan dokter Puskesmas saat ini adalah dengan telah berlakunya desentralisasi sejak 1 Januari 2001. Menurut Sujudi (2001) desentralisasi mempunyai ciri-ciri antara lain: pertama, peran pemerintah pusat berubah menjadi *steering agent* (pengatur kebijakan) dan pemerintah daerah sebagai implementor. Kedua, kewenangan yang cukup luas yang dimiliki daerah dalam menjalankan berbagai urusan

pemerintah termasuk kesehatan dapat memberikan warna yang sangat beragam terhadap pembangunan kesehatan di daerah. Ketiga, sistem pelayanan kesehatan menuntut dibangunnya jaringan (*network*) dari seluruh wilayah maupun komponen dan sistem pelayanan kesehatan itu sendiri.

Sedang isu strategis dalam era desentralisasi ini adalah komitmen pemerintah daerah terhadap pembangunan kesehatan, kelangsungan program kesehatan, pembiayaan kesehatan, kesiapan sumber daya manusia kesehatan, tersedianya sarana dan prasarana pendukung serta jaringan sistem informasi yang terintegrasi (Sujudi, 2001)

Pelaksanaan otonomi daerah di Kabupaten Tulungagung pada bidang kesehatan sudah dilaksanakan dengan diterbitkannya produk-produk hukum sebagai pedoman pelaksanaan, pelantikan pejabat dan persiapan sumber daya lainnya.

Produk hukum yang dimaksud antara lain:

1. Peraturan daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 7 tahun 2001, tanggal 1 Maret 2001, tentang pembentukan dan susunan organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung
2. Keputusan Bupati Tulungagung Nomor 124 tahun 2001, tanggal 27 Maret 2001, tentang petunjuk pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 7 Tahun 2001 tentang pembentukan dan susunan organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung

3. Keputusan Bupati Tulungagung Nomor 283, tanggal 17 Mei 2001, tentang Penetapan Organisasi dan Tata Kerja Pelaksanaan Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung.

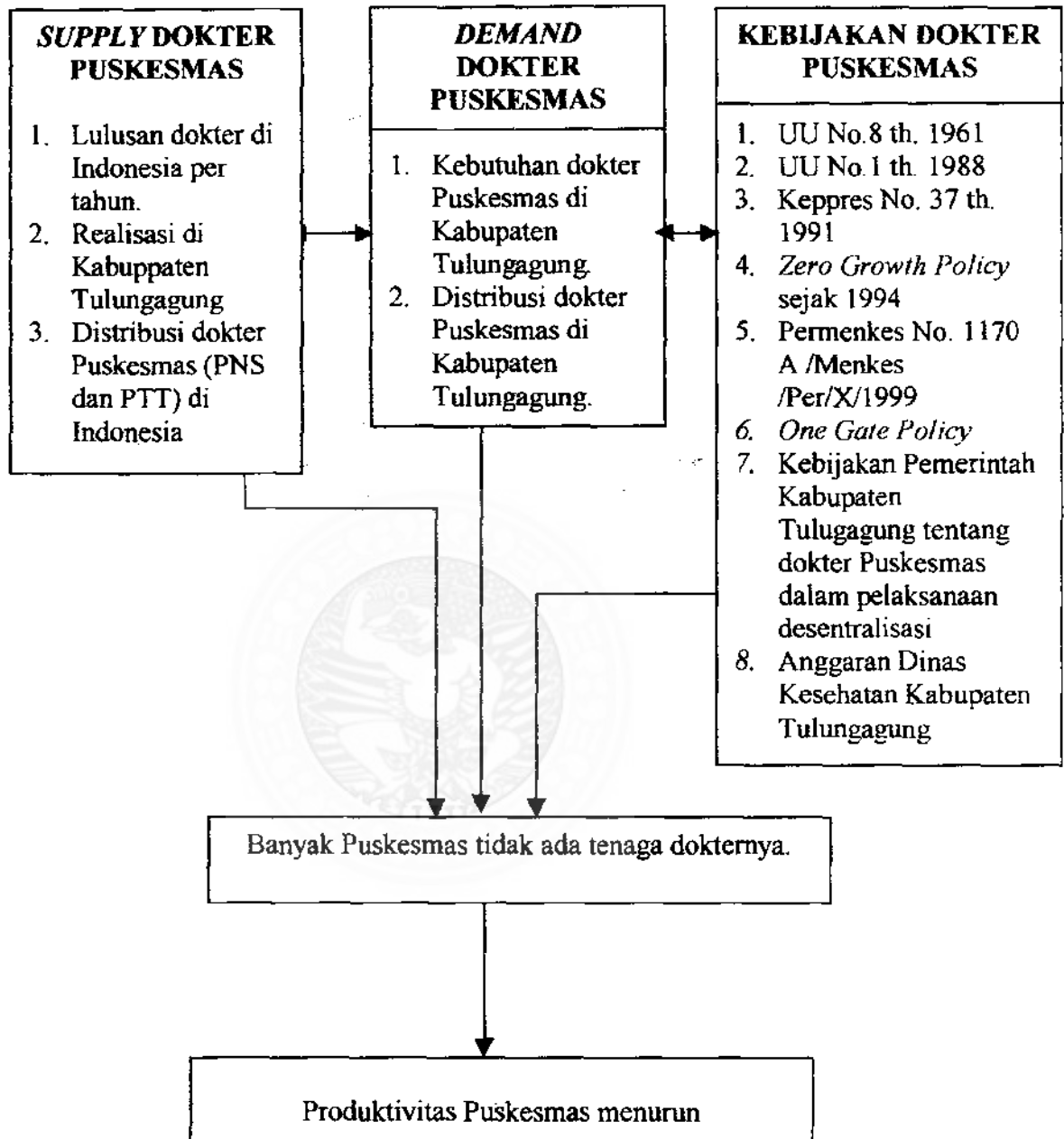
Dari uraian diatas, tingkat ketanggapan untuk mengatasi keberadaan dokter Puskesmas belum ada di tingkat pelaksana (Kabupaten Tulungagung).

### **1.2. Masalah Penelitian**

Berdasarkan penjelasan di atas, maka masalah dalam penelitian ini adalah banyaknya Puskesmas di Kabupaten Tulungagung yang tidak ada tenaga dokternya, di mana pada tahun 2000 bulan Juni ada 7 (25%) Puskesmas, Nopember 4 (14,29%) dan Desember 2000 ada 4 (14,29%) Puskesmas sedang tahun 2001 bulan Agustus ada 3 (10,71%) Puskesmas, September ada 11 (39,29%) Puskesmas dan Oktober 2001 ada 5 (17,86%) Puskesmas tanpa tenaga dokter.



### 1.3 Identifikasi Masalah



Gambar 1.3 Berbagai Faktor yang Kemungkinan Mempengaruhi Banyaknya Puskesmas tanpa Tenaga Dokter di Kabupaten Tulungagung tahun 2000-2001

Penjelasan gambar 1.3 di atas adalah sebagai berikut :

**a. *Supply* dokter Puskesmas**

Yang dimaksud *supply* dokter Puskesmas adalah jumlah lulusan dokter baru di Indonesia, baik yang lulus dari perguruan tinggi negeri, swasta atau lulusan dari luar negeri. Produksi dokter baru tersebut setiap tahunnya kurang lebih ada 2000 dokter (Departemen Kesehatan RI, 2000).

Sedang distribusi dokter baik yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau Pegawai Tidak Tetap (PTT) di Indonesia dapat dilihat pada gambar 1.1 dan 1.2 di halaman 2, dimana penempatan dokter banyak menumpuk di Pulau Jawa dan Bali , tetapi di luar kedua tempat ini, justru terjadi kekurangan tenaga dokter.

Kesimpulan dari uraian di atas adalah *supply* lulusan dokter baru sudah cukup banyak tetapi distribusinya belum merata. Di daerah tertentu terutama di kota besar terjadi penumpukan dokter, tetapi di daerah terpencil dan sangat terpencil yang terjadi adalah kelangkaan tenaga dokter.

**b. *Demand* dokter puskesmas**

Kebutuhan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung berdasarkan analisis *trend* perkembangan jumlah penduduk, pola penyakit, pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan rasio

dokter Puskesmas terhadap Puskesmas yang ada. Secara logika dengan jumlah penduduk yang terus meningkat (data demografi), maka permintaan dokter Puskesmas akan meningkat pula. Kebutuhan dokter Puskesmas dilihat juga dari pola penyakit yang ada (epidemiologi), pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilisasi) di Puskesmas dan rasio dokter Puskesmas dibandingkan Puskesmas yang ada di Kabupaten Tulungagung.

Di samping itu, distribusi dokter di Kabupaten Tulungagung belum merata. Hal ini dapat dilihat dari banyaknya Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya. Kekosongan tenaga dokter ini terjadi terutama pada pergantian tenaga dokter PTT yang telah selesai menjalani masa bakti diganti dengan dokter PTI yang baru.

Kesimpulan dari uraian ini adalah kebutuhan dokter Puskesmas akan terus meningkat sejalan dengan perkembangan jumlah penduduk, pola penyakit, utilisasi layanan kesehatan di Puskesmas dan rasio dokter Puskesmas terhadap pembangunan serta peningkatan Puskesmas (Puskesmas baru, peningkatan Puskesmas pembantu menjadi Puskesmas induk atau Puskesmas rawat jalan menjadi Puskesmas rawat inap) di Kabupaten Tulungagung.

### **c. Kebijakan dokter Puskesmas**

#### **1. UU No. 8 tahun 1961**

Kebijakan dokter Puskesmas pertama kali di Indonesia adalah Undang-Undang Nomor 8 tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana (WKS). Kebijakan WKS ini juga untuk berbagai sarjana antara lain : dokter gigi,

dokter hewan, apoteker, sarjana hukum dan akuntansi (Nurhadji, 2001). Dalam pelaksanaannya WKS ini mengalami perubahan sesuai dengan tuntutan lingkungan dan kemampuan pemerintah.

Kebijakan WKS ini dipakai oleh pemerintah (Departemen Kesehatan RI) sebagai sarana untuk mengikat para dokter yang baru lulus, dalam rangka untuk mewujudkan pemerataan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan oleh tenaga medis kepada masyarakat. Saat ini, bentuk WKS adalah dengan pengangkatan dokter sebagai pegawai tidak tetap (PTT) selama masa bakti. Oleh karena adanya keterbatasan sumber daya dari pemerintah (anggaran), tidak semua dokter yang baru lulus langsung dapat diangkat sebagai dokter PTT, sehingga dokter baru ini harus menunggu antri dalam pelaksanaan masa baktinya.

Pada sisi yang lain, para dokter menganggap kebijakan WKS ini dapat menghambat pengembangan karier selanjutnya, misalnya apabila para dokter ingin langsung melanjutkan pendidikan tanpa harus menjadi dokter PTT atau menginginkan tempat tertentu (kota besar) sebagai daerah pelaksanaan masa bakti. Sekarang, ada kecenderungan para dokter baru ini untuk menunda pelaksanaan WKS ini, oleh karena tidak terjaminnya masa depan mereka setelah melaksanakan masa bakti (pasca PTT).

Akibat ini semua adalah banyaknya Puskesmas di daerah yang tidak mempunyai tenaga dokter. Hal ini kalau dibiarkan dapat mengakibatkan menurunnya kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

## 2. UU No. 1 tahun 1988

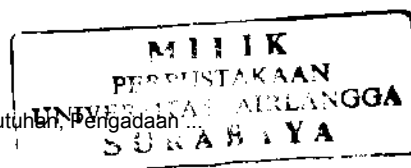
Pada perkembangannya secara perlahan-lahan kebijakan WKS mengalami perubahan untuk mengakomodasi berbagai kepentingan, dimana akhirnya dokter dan dokter gigi diangkat dengan Inpres. Sedangkan sarjana lain diangkat sesuai dengan kebutuhan. Kemudian tahun 1988 dikeluarkan Undang-Undang nomor 1 tentang masa bakti dan praktek dokter dan dokter gigi.

Dengan kebijakan ini, semua dokter yang baru lulus secara otomatis akan diangkat menjadi calon pegawai negeri sipil (CPNS) Departemen Kesehatan RI dan ditempatkan di berbagai daerah di Indonesia. Oleh karena itu, secara relatif kebutuhan dokter Puskesmas di daerah tercukupi, kecuali untuk daerah terpencil dan sangat terpencil di luar Pulau Jawa dan Bali masih ada Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya.

## 3. Keppres No. 37 tahun 1991

Pada tahun 1991, kebijakan WKS diperbarui lagi dengan Keputusan Presiden nomor 37 tahun 1991 tentang pengangkatan dokter sebagai pegawai tidak tetap selama masa bakti.

Menurut Azwar (1997-b) substansi dan dampak Keppres no. 37 tahun 1991 dapat dibagi dalam tiga macam yaitu swastanisasi tenaga dokter, wajib kerja sarjana untuk dokter PTT dan tugas serta kewenangan dokter PTT. Sementara itu, menurut Ilyas (1995) persepsi kepala dinas kesehatan



kabupaten atau kota terhadap kebijakan dokter PTT, 80% kepala dinas kabupaten atau kota menyatakan kebijakan dokter PTT saat ini dapat menyelesaikan masalah dokter di Indonesia, 20% menjawab tidak efektif. Pada pertanyaan “Apakah kebijakan ini dapat dilanjutkan?” 90% responden mengatakan dapat dilanjutkan dan 10% menjawab tidak dapat dilanjutkan. Sedangkan pada pertanyaan “Apakah status dokter PTT menimbulkan masalah baru?” 40% Kadinkes Kabupaten atau Kota menjawab status dokter PTT telah menimbulkan masalah baru dalam koordinasi internal dan eksternal di Puskesmas, sedang 60% menyatakan tidak ada masalah.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Soemantri, dkk (1996) menyebutkan bahwa kebijakan dokter PTT masih banyak kelemahan dalam pelaksanaannya, antara lain:

1. Tidak dapat memecahkan masalah penempatan dokter PTT yang hanya bersedia bekerja di daerah tertentu, misalnya DKI Jaya atau di Pulau Jawa. Hal demikian mempersulit penempatan dokter.
2. Tidak dapat mengakomodasi dokter pasca PTT yang bersedia bekerja di Puskesmas setelah kontrak selesai.
3. Belum dapat menjamin pengorbanan dokter PTT yang telah mengalami masa bakti dengan baik di daerah terpencil atau sangat terpencil untuk memenuhi keinginan menjadi PNS atau meneruskan spesialisasi walaupun sudah diberikan “penilaian bonus” khusus.

4. Tidak adanya campur tangan pemerintah dalam penyaluran dokter pasca PTT di sektor swasta.
5. Sangat terbatasnya tempat menampung dokter pasca PTT untuk meneruskan spesialisasi.

Berbagai masalah yang timbul dalam implementasi kebijakan dokter PTT ini menurut Azwar (1997-a) karena belum mantapnya kebijakan ketenagaan dokter di Indonesia. Kebijakan tenaga dokter tersebut baik pada aspek perencanaan, pengadaan maupun pada pendayagunaan tenaga dokter di Indonesia.

#### **4. *Zero growth policy* sejak 1994**

Pada tahun 1994 berlaku kebijakan *zero growth policy* dalam pengangkatan PNS baru di lingkungan Departemen Kesehatan RI. Di dalam kebijakan ini sudah tidak ada pengangkatan PNS lagi kecuali sebagai pengganti pensiun, meninggal dunia atau keluar dari PNS.

Konsekuensi dari kebijakan ini, maka formasi PNS setiap tahunnya akan turun, bahkan sekarang ada prediksi sudah *minus growth* secara relatif di beberapa daerah karena adanya *inequity* dalam distribusi tenaga kesehatan (termasuk tenaga dokter Puskesmas).

#### **5. Permenkes No. 1170A/Menkes/Per/X/1999**

Sejalan dengan permasalahan akibat pelaksanaan kebijakan dokter PTT selama ini, pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan RI telah

mengantisipasi dan berupaya menyelesaikan dengan mengeluarkan produk-produk hukum atau kebijakan yang relevan. Kebijakan terbaru yang dimaksud dan berhubungan dengan dokter PTT adalah Permenkes Nomor 1170A/Menkes/Per/X/1999, tanggal 5 Oktober 1999 tentang masa bakti tenaga medis.

Kebijakan ini membuat ketentuan baru antara lain:

1. Memberlakukan ketentuan daerah tertutup
2. Memberlakukan ketentuan ijin praktek sementara
3. Memberlakukan ketentuan boleh langsung mengikuti pendidikan spesialis apabila lulus seleksi
4. Memberikan kesempatan kepada fakultas kedokteran untuk mengangkat 10 lulusan terbaik sebagai staf pengajar
5. Memberikan kesempatan kepada dokter PTT untuk memperpanjang masa kerja 1 kali masa PTT lagi
6. Memperlakukan masa kerja yang berbeda untuk daerah yang berbeda
7. Menyarankan pangkat awal pegawai negeri pasca PTT adalah 3-B
8. Menyarankan kenaikan imbal jasa dokter PTT
9. Merintis pengembangan karier dokter pasca PTT

Dampak dari kebijakan ini, banyak dokter yang menunda pelaksanaan sebagai dokter PTT, baik oleh karena praktek sementara atau melanjutkan pendidikan. Akibat dari ini semua banyak Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya.



Kebijakan terbaru saat ini sedang disosialisasikan tentang rencana kebijakan dokter PTT, di mana nantinya masa bakti dokter PTT tidak wajib lagi, tetapi masa bakti dokter yang baru lulus bisa dengan cara yang lain. Cara lain yang dimaksud adalah dokter yang baru lulus bisa langsung bekerja di swasta, di pondok pesantren, seminari dan lain – lain. Sedang yang tetap ingin menjadi dokter PTT bisa diangkat oleh pemerintah pusat (Departemen Kesehatan RI) atau di daerah (kabupaten dan kota). Untuk pasca PTT bisa diangkat sebagai PNS di Departemen Kesehatan RI, PNS ABRI atau PNS dinas lain maupun PNS di daerah. Kebijakan masa bakti dokter PTT yang baru ini rencananya mulai berlaku Januari 2003.

#### **6. *One gate policy***

Kebijakan lain tentang dokter Puskesmas adalah kebijakan *one gate policy*. Kebijakan ini awalnya bertujuan untuk pemerataan pelayanan kesehatan, tetapi sekarang oleh karena jumlah lulusan dokter baru terus meningkat dan tidak sebanding dengan daya serap pemerintah serta tenaga kesehatan yang ingin segera bekerja harus menunggu antrian masuk yang cukup panjang, kebijakan ini akhirnya menjadi permasalahan tersendiri. Oleh sebab itu, kebijakan *one gate policy* dalam pendayagunaan tenaga kesehatan baru perlu dipertimbangkan kembali (Departemen Kesehatan RI, 2000).

Ketidakseimbangan antara produksi dan penyerapan tenaga dokter Puskesmas, stagnasi dalam menunggu penempatan sebagai dokter Puskesmas masih merupakan masalah. Hal ini terjadi terutama berkaitan dengan tradisi dokter baru untuk menjadi PNS serta kebijakan WKS tidak diimbangi dengan kapasitas daya serap pemerintah. Menurut Departemen Kesehatan RI (2000) kebijakan WKS ini perlu dipertimbangkan kembali, dengan alternatif pengadaan dan penempatan tenaga dilakukan atas dasar pasar tenaga kerja.

#### **7. Kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung tentang dokter Puskesmas dalam pelaksanaan desentralisasi.**

Kebijakan otonomi daerah yang mulai berlaku 1 Januari 2001 ini, merupakan peluang (bukan ancaman) dalam mengatasi kekosongan tenaga dokter di Puskesmas. Dengan kebijakan ini diharapkan ada kontribusi pemerintah daerah, khususnya Pemerintah Daerah Kabupaten Tulungagung untuk mengatasi banyaknya Puskesmas di Kabupaten Tulungagung yang tidak ada tenaga dokternya.

Di samping itu, proses penggantian dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung ditemukan belum lancar, sehingga menjadi salah satu penyebab banyaknya Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya. Lama kekosongan ini antara tiga sampai enam bulan.

Pada bulan Juni 2000 ada 7 (25%) Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya, Nopember ada 4 (14,29%) Puskesmas dan Desember 2000 ada 4(14,29%) Puskesmas sedang pada bulan Agustus 2001 ada 3 (10,71%) Puskesmas, September ada 11 (39,29%) Puskesmas dan Oktober 2001 ada 5 (17,86%) Puskesmas tanpa tenaga dokter (Bagian Kepegawaian Dinas Kesehatan Tulungagung, 2001).

Dampak dari ini semua adalah menurunnya penampilan kerja Puskesmas. Hal ini dapat dilihat pada tabel 1.2.

Tabel 1.2 *Performance* Puskesmas di Kabupaten Tulungagung mulai tahun 1995 sampai dengan 1999.

No	Performance	Jumlah Puskesmas				
		1995	1996	1997	1998	1999
1	Strata I	24 (88,89%)	15 (55,56%)	12 (44,44%)	6 (22,22%)	3 (10,71%)
2	Strata II	3 (11,11%)	12 (44,44%)	15 (55,56%)	21 (77,78%)	25 (89,29%)*
	Jumlah Puskesmas	27 (100%)	27 (100%)	27 (100%)	27 (100%)	28 (100%)

\*) Ada 2 Puskesmas yang tidak melaporkan atau kurang lengkap laporannya dalam penilaian Stratifikasi Puskesmas.

Sumber : Bagian Sub Dinas Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2000.

Penelitian para ahli tentang kinerja dokter Puskesmas yang berstatus dokter PTT yang perlu disampaikan di sini adalah yang dilakukan oleh Ilyas (1998) yang ditemukan 54% kinerja dokter PTT adalah baik, sedang 41,7% kinerja dokter PTT buruk. Kesimpulan lain adalah 95,9% peranan dokter di Puskesmas merupakan program preventif yang dapat dilakukan oleh tenaga lain dengan kompetensi ahli kesehatan masyarakat, hanya 4,1% peranan di Puskesmas yang membutuhkan keahlian dokter.

Kebijakan riil Pemerintah Kabupaten Tulungagung tentang dokter Puskesmas sampai saat ini belum kelihatan, baik dalam hal pengangkatan dokter Puskesmas baru, maupun anggaran pembangunan di bidang kesehatan khususnya porsi untuk dokter Puskesmas. Untuk itu di waktu yang akan datang, utamanya dalam pelaksanaan otonomi daerah seperti saat ini, pemerintah Kabupaten Tulungagung diharapkan mempunyai kontribusi yang besar dalam mengatasi kekosongan dokter Puskesmas.

#### **8. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung**

Diberlakukannya kebijakan *zero growth policy* sejak tahun 1994 untuk pegawai baru di lingkungan Departemen Kesehatan RI, karena anggaran pemerintah terbatas untuk mengangkat seluruh pegawainya menjadi PNS. Dengan kebijakan ini formasi PNS menurun dan pemerintah (Departemen Kesehatan RI) hanya mampu mengangkat dokter sebagai PNS sekitar 10-20% dari seluruh dokter yang ada.

Untuk mengantisipasi keadaan ini, melalui Keppres No. 37 tahun 1991 bagi lulusan dokter baru diberlakukan pengangkatan dokter Puskesmas dengan status sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT). Kebijakan dokter PTT ini, mengakibatkan dampak yang luas bagi keberadaan dokter Puskesmas di daerah. Tidak saja dalam menata dokter PTT yang hanya tiga tahun masa baktinya, tetapi juga proses kesinambungan keberadaan dokter Puskesmas menjadi tidak pasti. Oleh karena itu, ada daerah yang mempunyai anggaran kesehatan yang cukup banyak, berinisiatif untuk mengangkat dokter Puskesmas pasca PTT menjadi pegawai pemerintah kabupaten atau pemerintah kota dan tetap bertugas di Puskesmas demi menjaga keberadaan dokter Puskesmas di daerahnya.

Di Kabupaten Tulungagung Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002, dapat dilihat pada tabel 1.3 .

Tabel 1.3 APBD Kabupaten Tulungagung untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002

No	Jenis Anggaran	2001 (Setelah PAK)			2002		
		Dinkes TA	Total APBD	Persentase	Dinkes TA	Total APBD	Persentase
1	Anggaran Rutin (Belanja Aparatur)	10.839.379.000,00	227.958.899.088,92	4,755	11.555.610.500,00	243.964.699.883,98	4,737
2	Anggaran Pembangunan (Belanja Publik)	400.000.000,00	44.277.570.153,32	0,903	500.000.000,00	51.341.937.985,00	0,974
	Total	11.239.379.000,00	272.236.469.242,24	4,129	12.055.610.500,00	295.306.637.868,98	4,082

Sumber : Sub Dinas Penyusunan Program Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002

Dengan anggaran untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung yang sangat kecil dari APBD tersebut, tidak sesuai dengan kesepakatan pertemuan nasional bupati dan walikota se-Indonesia dalam rangka desentralisasi di bidang kesehatan tanggal 28 Juli 2000 di Jakarta, di mana disebutkan bahwa proporsi anggaran kesehatan sesuai dengan saran WHO adalah 15 % dari APBD. Oleh karena itu diharapkan anggaran yang lebih besar untuk sektor kesehatan dari sumber lain (DAU kabupaten dan Dana Alokasi Khusus), sehingga diharapkan nantinya dapat mengatasi kekosongan tenaga dokter Puskesmas.

Dari uraian di atas, sebetulnya berbagai produk kebijakan dokter Puskesmas sudah ada dan disesuaikan dengan perkembangan jaman, tetapi ada kebijakan yang justru mengganggu kesinambungan keberadaan dokter Puskesmas yaitu kebijakan dokter PTT (Keppres nomor 37 tahun 1991) dan kebijakan *zero growth policy* tahun 1994. Oleh karena itu, diharapkan ada kontribusi yang besar dari pemerintah daerah dalam mengatasi keberadaan dokter Puskesmas tersebut, sehingga di masa mendatang sudah tidak ada lagi Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya.

#### **1.4 Rumusan Masalah**

Berdasarkan masalah di atas, maka rumusan masalahnya adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana *supply* dokter Puskesmas di Indonesia?

2. Bagaimana *demand* dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung?
3. Bagaimana rencana kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung di bidang kesehatan dalam rangka pelaksanaan desentralisasi?
4. Bagaimana anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung?
5. Bagaimana merumuskan kebijakan perencanaan pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas berdasarkan analisis kebutuhan dalam pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung?

## 1.5 Tujuan Penelitian

### 1.5.1 Tujuan umum

Menyusun kebijakan tentang perencanaan pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas berdasarkan analisis kebutuhan dalam pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung

### 1.5.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis *supply* dokter Puskesmas berdasarkan lulusan dokter per tahun, realisasi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dan distribusi dokter di Indonesia
2. Menganalisis *demand* dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung, berdasarkan *trend* pola penyakit (epidemiologi), pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilisasi) di Puskesmas, perkembangan jumlah penduduk (data demografi) dan rasio dokter Puskesmas terhadap jumlah Puskesmas serta distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung.

3. Menganalisis rencana kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung tentang prioritas kesehatan dalam pembangunan secara keseluruhan, pengadaan (*rekrutment*) dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung dan pengadaan dokter pasca PTT menjadi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung.
4. Menganalisis anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung dari APBD kabupaten, kemungkinan adanya realokasi anggaran dari DAU kabupaten dan Dana Alokasi Khusus untuk pengangkatan dokter Puskesmas dan alokasi anggaran untuk dokter Puskesmas.
5. Menyusun kebijakan tentang perencanaan pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas berdasarkan analisis kebutuhan dalam pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung.

## 1.5 Manfaat Penelitian

### 1.5.1 Manfaat aplikatif (*problem solving*)

1. Sebagai bahan masukan untuk mengatasi pengadaan dan kebutuhan dokter Puskesmas dalam pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung
2. Sebagai bahan masukan untuk menyusun kebijakan dan penataan organisasi khususnya untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung





### 1.5.2 Manfaat teori (pengembangan ilmu)

1. Hasil penelitian diharapkan dapat mengembangkan ilmu pengetahuan analisis kebijakan pengadaan dokter Puskesmas di masa mendatang.
2. Konsep yang dihasilkan diharapkan dapat mengembangkan Ilmu Pengetahuan tentang manajemen sumber daya manusia khususnya tentang pengadaan dokter Puskesmas di Indonesia berdasarkan analisis kebutuhan





# ***BAB 2***

# ***TINJAUAN PUSTAKA***

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Analisis Kebutuhan Sumber Daya Manusia

##### 2.1.1 Pengertian kebutuhan

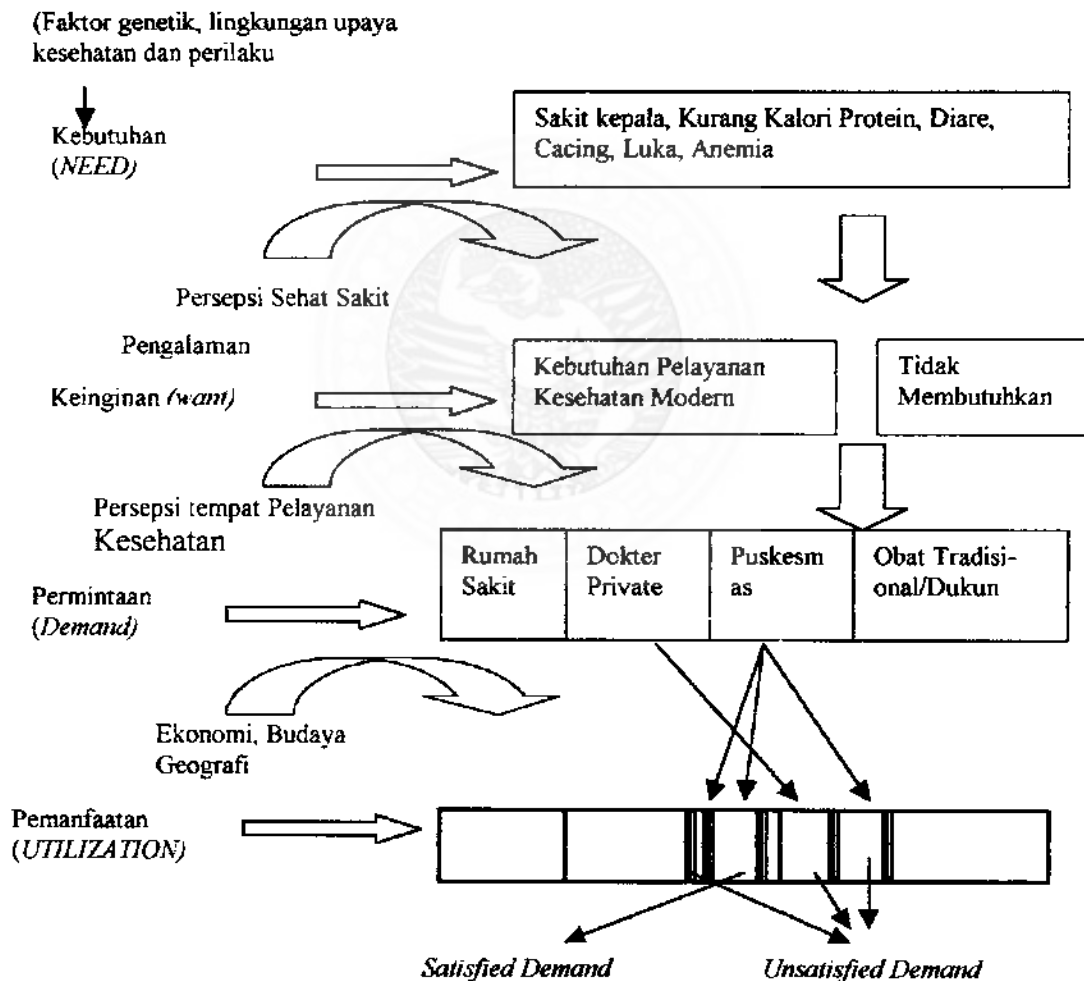
Dalam terminologi manajemen kesehatan, kebutuhan dapat didefinisikan dalam beberapa hal. Pertama, kebutuhan identik dengan *community needs (wants)* adalah kebutuhan yang telah diterima atau didapatkan. Kedua, kebutuhan (*demand*) adalah *that fraction of want which is satisfied through use of services (utilization)*. Ketiga, kebutuhan (*need*) adalah *professional or scientific need atau expert interpretation of people wants (may be test and more)*. *Need and want are not absolutes. They are driven by a combination of value and knowledge. Need > demand > resources* (Supriyanto, 2002)

Kotter (1997) mendefinisikan kebutuhan manusia (*human needs*) adalah suatu keadaan akan tidakberadaan beberapa kepuasan dasar. Sedang menurut Robbins (1996) kebutuhan adalah suatu keadaan internal yang membuat keluaran tertentu tampak menarik. Kebutuhan adalah suatu keadaan dari penyimpangan biologis (Reinke, 1988). Sementara itu, keinginan adalah hasrat untuk memperoleh pemuas-pemuas tertentu untuk kebutuhan yang lebih mendalam (Reinke, 1988 dalam Supriyanto 2002) dan pemanfaatan (utilisasi) adalah pelayanan yang telah diterima pada tempat atau pemberi pelayanan kesehatan (Supriyanto, 2002)

Pengertian kebutuhan dalam penelitian disini adalah kebutuhan akan keberadaan *provider* (dokter puskesmas) berdasarkan utilisasinya.

### 2.1.2 Teori *demand – supply – produktifitas*

Permintaan (*demand*) adalah jumlah keinginan terhadap produk atau jasa pelayanan tertentu yang didukung suatu kemampuan dan kemauan untuk membeli atau memanfaatkan jasa tersebut, total *demand for curative care* terdiri dari *potentia demand* dan *effective demand (satisfied demand)* (Supriyanto, 2002). Hubungan antara kebutuhan – keinginan – permintaan pada pelayanan tersebut dari aspek klien, menurut Supriyanto (2002) dapat dilihat seperti gambar 2.1 di bawah ini :



Gambar 2.1 Hubungan Kebutuhan – Keinginan – Permintaan dari Aspek Klien (Supriyanto, 2002)

Penjelasan gambar 2.1 di atas adalah sebagai berikut.

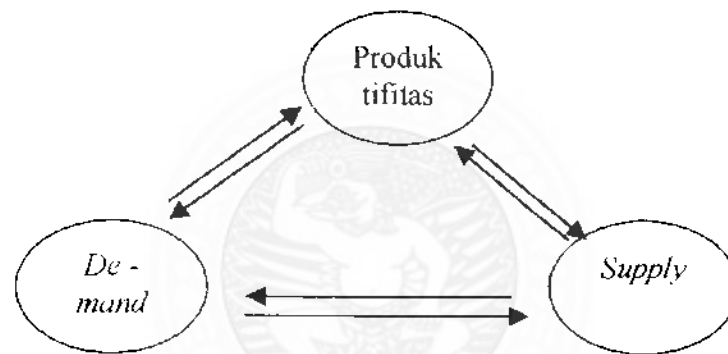
Kebutuhan (*need*) dipengaruhi oleh faktor genetik, lingkungan, upaya kesehatan dan perilaku konsumen. Kebutuhan pelayanan kesehatan tergantung persepsi konsumen tentang sehat dan sakit serta pengalamannya. Apabila ada hasrat untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan tersebut, hal ini disebut keinginan (*want*), misalnya keinginan apabila sakit akan berobat ke tempat pelayanan kesehatan tertentu. Sedang permintaan (*demand*) adalah keinginan yang didukung oleh suatu kemampuan dan kemauan untuk membeli atau memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan, permintaan tersebut dipengaruhi oleh keadaan ekonomi, budaya dan geografi.

Apabila permintaan pelayanan kesehatan tersebut sudah terpenuhi, keadaan ini disebut pemanfaatan (*utilization*) yang *satisfied demand*, sedang *utilization* yang tidak sesuai dengan permintaan disebut *utilization* yang *unsatisfied demand*. Dalam pelayanan kesehatan *utilization* yang *unsatisfied demand* contohnya adalah adanya keinginan konsumen untuk berobat ke dokter private tetapi oleh keadaan tertentu (ekonomi) konsumen tersebut harus berobat ke dukun.

Penawaran (*supply*) adalah jumlah produk (barang atau jasa) yang ditawarkan untuk dijual di pasar, yang secara umum sangat tergantung pada sejumlah besar variable (Gaspersz, 2000). Pada pelayanan kesehatann variable yang dimaksud terutama pada intern organisasi, misalnya produksi *provider*, manajemen sumber daya manusia yang mengatur sumber daya manusia *provider*, hukum atau undang-undang yang mengatur *provider*, teknologi yang digunakan dan lain-lain (Rochmah, 2001)

Produktivitas atau *performance* adalah pencapaian dari suatu aktifitas atau kegiatan pelayanan (Confrey dalam Supriyanto, 1988). Definisi lain *performance* atau penilaian kinerja adalah sejumlah *outcomes* yang dihasilkan dalam periode waktu dan bukan mengukur penampilan kepribadian atau karakteristik perorangan (Damayanti, 2000).

Hubungan antara permintaan (*demand*), penawaran (*supply*) dan produktivitas dalam pelayanan kesehatan adalah saling mempengaruhi dan ketergantungan secara komprehensif. Hubungan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2 Hubungan *Demand – Supply – Produktivitas* dalam Pelayanan Kesehatan (Supriyanto, 2002)

Dari gambar 2.2 di atas, ketiga variabel (*demand – supply – produktivitas*) dalam pelayanan kesehatan dapat digambarkan sebagai segitiga sama sisi yang saling mempengaruhi dan merupakan satu kesatuan dalam menghasilkan jasa pelayanan kesehatan. Sehingga apabila salah satu tidak ada, maka akan berpengaruh terhadap kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang ada.

*Demand* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah banyaknya permintaan dokter Puskesmas terhadap utilitasnya dengan kriteria-kriteria tertentu (pertumbuhan penduduk, pola penyakit, utilisasi dan ratio dokter Puskesmas per

Puskesmas). Penawaran (*supply*) dalam penelitian ini adalah berdasarkan keberadaan *provider* (dokter Puskesmas) di suatu tempat pelayanan kesehatan, sedang untuk produktivitas *provider* tidak diteliti dalam penelitian ini.

### **2.1.3 Manajemen sumber daya manusia**

Menurut Flipppo (1980) dalam Handoko (2000) pengertian manajemen sumber daya manusia (MSDM) adalah perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan kegiatan pengadaan, pengembangan, pemberian kompensasi, pengintegrasian, pemeliharaan dan pelepasan sumber daya manusia agar tercapai berbagai tujuan individu, organisasi dan masyarakat. Definisi lain, MSDM adalah penarikan, seleksi, pengembangan, penggunaan dan pemeliharaan sumber daya manusia oleh organisasi (French, 1974 dalam Handoko, 2000). Sedang Handoko (2000) sendiri MSDM didefinisikan penarikan, seleksi, pengembangan, pemeliharaan dan penggunaan sumber daya manusia untuk mencapai baik tujuan individu maupun organisasi.

Pada penelitian ini, yang akan dibahas pada MSDM sesuai dengan tujuan penelitiannya adalah pada proses perencanaan SDM, penarikan (*rekrutment*), seleksi dan pemberian kompensasi.

### **2.1.4 Perencanaan sumber daya manusia**

#### **1. Pengertian perencanaan SDM**

Perencanaan SDM adalah merupakan perencanaan yang bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan organisasi dalam mencapai tujuan atau sasarannya, melalui strategi pengembangan kontribusi pekerjaan di masa depan

(Steiner dalam Nawawi, 2000; Sikula, 1981 dalam Hasibuan, 2000; Mondy dan Noe, 1990). Definisi lain, perencanaan SDM menurut Stone (1982) dalam Hasibuan (2000) adalah suatu proses meramalkan kebutuhan akan SDM dari suatu organisasi untuk waktu yang akan datang agar langkah-langkah dapat diambil untuk menjamin bahwa kebutuhan ini dapat dipenuhi.

Sementara itu menurut Departemen Kesehatan RI (2000) yang dimaksud perencanaan SDM tenaga kesehatan adalah upaya untuk mengetahui kebutuhan tenaga kesehatan dewasa ini dan di masa mendatang, menyusun prioritas tenaga yang dibutuhkan dan menyusun alokasi sumberdaya untuk menunjang prioritas tersebut.

Perencanaan dalam penelitian ini adalah perencanaan akan kebutuhan *provider* (dokter Puskesmas), yaitu tentang jumlah, pengadaan dan distribusinya dalam rangka pelaksanaan desentralisasi.

## **2. Tujuan perencanaan SDM**

Perencanaan dapat dianalogkan sebagai inti manajemen, karena perencanaan khususnya SDM membantu untuk mengurangi ketidakpastian SDM di waktu yang akan datang, oleh karena itu hal ini memungkinkan para pengambil keputusan untuk menggunakan sumber daya yang secara paling efisien dan efektif (Handoko, 2000).

Manfaat perencanaan SDM menurut Nawawi (2000) antara lain :

1. Meningkatkan sistem informasi SDM, yang secara terus menerus diperlukan dalam mendayagunakan SDM secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi.



2. Meningkatkan pendayagunaan SDM, menyelaraskan aktifitas SDM dengan sasaran organisasi secara lebih efisien dan menghemat tenaga, waktu dan dana serta dapat meningkatkan kecermatan dalam proses penerimaan SDM.
3. Mempermudah pelaksanaan koordinasi SDM oleh manajer SDM dalam usaha memperlakukan pengelolaan SDM di lingkungan tempat kerja.
4. Dalam jangka waktu panjang bermanfaat bagi organisasi untuk memperkirakan kondisi dan kebutuhan pengelolaan SDM.
5. Pada jangka pendek, peran perencanaan SDM untuk mengetahui posisi atau jabatan atau pekerjaan yang lowong pada tahun mendatang.

Sementara itu, menurut Hasibuan (2000) tujuan perencanaan SDM adalah :

1. Untuk menentukan kualitas dan kuantitas karyawan yang akan mengisi semua jabatan dalam organisasi.
2. Untuk menjamin tersedianya SDM masa kini maupun masa depan, sehingga setiap pekerjaan ada yang mengerjakan.
3. Untuk menghindari terjadinya mismanajemen dan tumpang tindih dalam pelaksanaan tugas.
4. Untuk mempermudah koordinasi, integrasi dan sinkronisasi, sehingga produktivitas meningkat.
5. Untuk menghindari kekurangan atau kelebihan karyawan
6. Untuk menjadi pedoman dalam proses manajemen SDM.
7. Menjadi pedoman dalam melaksanakan mutasi dan pensiunan karyawan.
8. Menjadi dasar dalam melakukan penilaian karyawan.

### 3. Berbagai faktor yang mempengaruhi perencanaan SDM

Menurut Handoko (2000) dalam suatu perencanaan tenaga kesehatan, banyak faktor yang mempengaruhi, antara lain :

1. Lingkungan eksternal (misal : sosial – politik, ekonomi, kebijakan hukum, teknologi dan persaingan)
2. Organisasi (misal : rencana strategik, anggaran, *demand-supply*, desain organisasi dan pekerjaan, perluasan pelayanan kesehatan)
3. Persediaan karyawan (misal : pensiun, permohonan berhenti, pemberhentian atau terminasi dan kematian)

Departemen Kesehatan RI (2000) menilai bahwa suatu perencanaan tenaga kesehatan yang baik, dapat dilihat dari indikator keberhasilannya, indikator tersebut antara lain :

1. Penggunaan metoda perhitungan kebutuhan pengembangan tenaga kesehatan yang memadai, berdasarkan pedoman dan kebijakan tertentu.
2. Penetapan sasaran atau target yang terukur, jelas dan dapat dilaksanakan.
3. Adanya penjadwalan yang memadai mengenai waktu penyediaan tenaga kesehatan yang menyangkut jenis dan jumlahnya, serta kebutuhan sarana dan prasarana penunjang.
4. Ketersediaan rencana pembinaan karir baik bagi tenaga kesehatan pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta.
5. Adanya penjadwalan penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan kesehatan, mencakup jenis dan jumlahnya.

Sementara itu, menurut Reinke (1988) dalam perencanaan kesehatan tidak bisa terlepas dari proses politik yang justru bisa menghambat perencanaan kesehatan itu sendiri. Proses politik yang dimaksud adalah :

1. Perubahan yang telah direncanakan selalu tidak disukai oleh mereka (politikus) yang mendapat pengaruh yang merugikan.
2. Sudut pandang kesehatan para pembuat keputusan politikus cenderung tidak mencerminkan prioritas masyarakat.
3. Para politikus lebih memilih usaha penyembuhan yang terlihat, sementara para perencana melihat potensi pelayanan pencegahan.
4. Para politikus harus menghadapi cakrawala jangka pendek, sementara manfaat kesehatan cenderung terjadi lebih lambat.
5. Konflik bawaan antar daerah pemilihan selalu ada akan tetapi selalu berubah.

Dalam penelitian ini, perencanaan sumber daya manusia yang dimaksud adalah perencanaan kebutuhan dokter Puskesmas berdasarkan *supply*, *demand* dan rencana kebijakan SDM yang berlaku. *Supply* diartikan sebagai keberadaan dokter Puskesmas pada suatu tempat pelayanan kesehatan (Kabupaten Tulungagung), sedang *demand* di sini adalah perencanaan kebutuhan dokter Puskesmas berdasarkan pertumbuhan jumlah pertumbuhan penduduk, pola penyakit, utilisasi pelayanan kesehatan dan ratio dokter Puskesmas per Puskesmas. Sementara itu, rencana kebijakan yang dimaksud adalah rencana kebijakan pemerintah setempat (Kabupaten Tulungagung) tentang dokter Puskesmas.

## 2.1.5 Penarikan (*rekrutmen*) sumber daya manusia

### 1. Pengertian penarikan (*rekrutmen*)

Menurut Flippo (1984) dalam Hasibuan (2000) *rekrutment is the process of searching for perspective employee and stimulating them to apply for job in the organizational* (penarikan adalah proses pencarian dan pemikatan para calon pegawai yang mampu bekerja dalam organisasi). Hal ini senada dengan definisi yang disampaikan oleh Handoko (2000).

Sementara itu, Nawawi (2000) mendefinisikan penarikan sebagai proses mendapatkan sejumlah calon tenaga kerja yang *qualified* untuk jabatan atau pekerjaan utama (produk lini dan penunjangnya) di lingkungan suatu organisasi atau perusahaan. Simamora (1999) mengartikan penarikan sedikit berbeda, bahwa penarikan diartikan sebagai serangkaian aktifitas mencari dan memikat pelamar kerja dengan motivasi, kemampuan, keahlian dan pengetahuan yang diperlukan guna menutupi kekurangan yang diidentifikasi dalam perencanaan kepegawaian. Sedang Mondy dan Noe (1990) mendefinisikan *recruitment is the process of attracting individuals on a timely basis, in sufficient numbers and with appropriate qualifications and encouraging them to apply for jobs with an organization*.

Penarikan sumber daya manusia yang dimaksud pada penelitian ini adalah penarikan sumber daya manusia dokter Puskesmas, penarikan bisa dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI di Jakarta maupun oleh pemerintah kabupaten atau kota sebagai implementasi Undang-Undang Nomor 22 dan 25 tahun 1999 serta PP Nomor 25 tahun 2000.

## 2. Kebijakan organisasi dalam penarikan (*rekrutmen*).

Menurut Handoko (2000) kebijakan organisasi dalam penarikan, dipengaruhi oleh kebijakan promosi, kebijakan kompensasi, kebijakan terhadap status karyawan dan kebijakan terhadap penerimaan tenaga lokal. Sedang menurut Nawawi (2000) kebijakan organisasi dalam penarikan harus memperhatikan sumber tenaga kerja, baik internal atau eksternal maupun kedua-duanya.

Kebijakan internal organisasi menurut Nawawi (2000) antara lain dengan :

1. Rencana Suksesi
2. Penawaran terbuka untuk suatu jabatan (*job posting*)
3. Pembantuan kerja
4. Kelompok pekerjaan sementara
5. Promosi dan Pemindahan

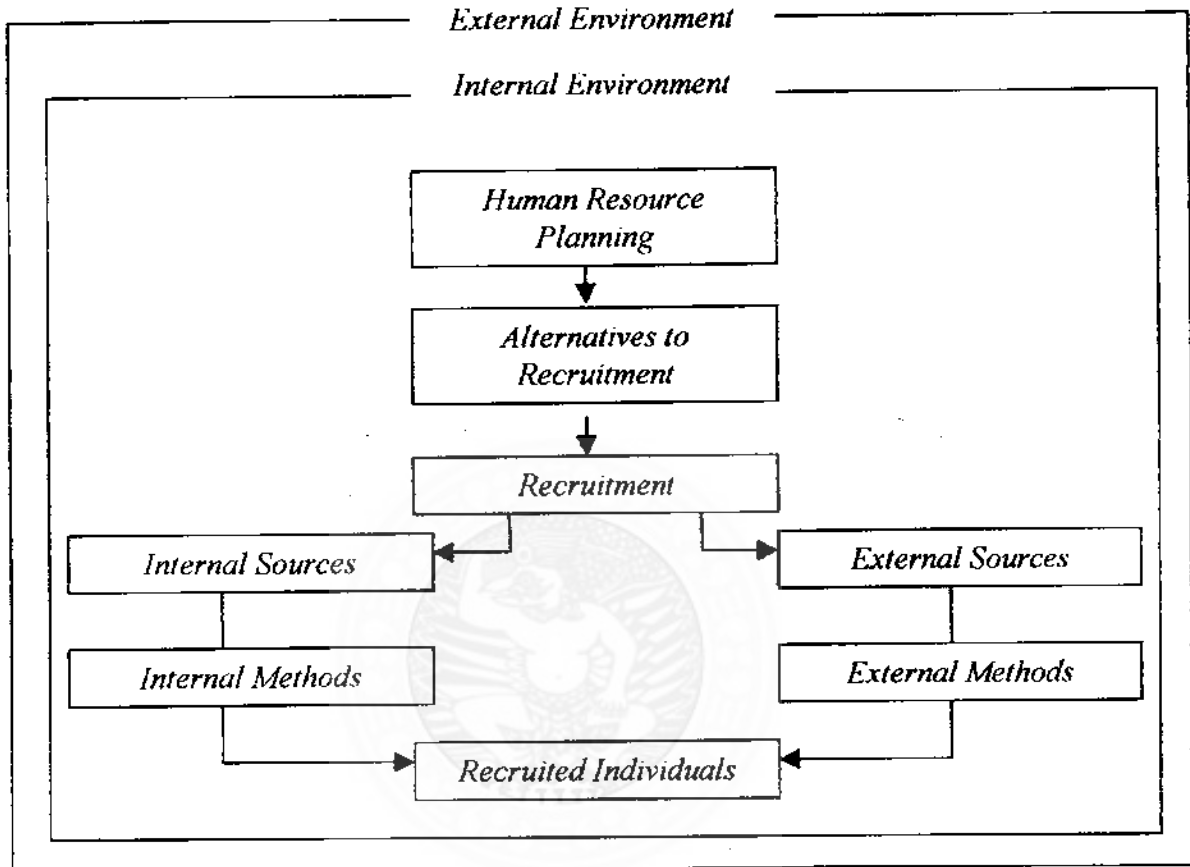
Nawawi (2000), membagi kebijakan eksternal dalam penarikan di organisasi dengan :

1. Hubungan dengan universitas
2. Eksekutif mencari perusahaan
3. Agen tenaga kerja
4. Penarikan dengan advertensi.

Pada penelitian ini, penarikan yang dipergunakan adalah dengan penarikan internal. Dimana untuk tenaga dokter Puskesmas yang baru dapat dipakai dengan sistem pekerjaan sementara (untuk dokter PTT), sedang untuk dokter Puskesmas yang berstatus sebagai pegawai negeri sipil dengan sistem penawaran terbuka untuk suatu jabatan (*job posting*).

### 3. Metode penarikan

Proses penarikan karyawan atau pekerja, Mondy dan Noe (1990) menggambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.3 Proses Penarikan (Mondy dan Noe, 1990)

Dari gambar 2.3 di atas, dijelaskan bahwa proses penarikan karyawan dapat berasal dari dalam organisasi (internal) maupun dari luar organisasi (eksternal).

Moekijat (1995) membagi metode atau saluran penarikan dalam lima bagian, yaitu :

1. *Walk - Ins*
2. Penunjukan pegawai atau rekomendasi pegawai (*employee - referrals*)

3. Pemasangan iklan
4. Lembaga pendidikan
5. Asosiasi profesional

Di samping lima metode tersebut diatas, Handoko (2000) masih menambahkan metode lain dalam penarikan karyawan, yaitu dengan :

1. Agen penempatan tenaga kerja (*employment agencies*)
2. Organisasi karyawan (*labour unions*)
3. *Leasing*
4. *Nepotisme*
5. Operasi militer
6. *Open house*

Sementara itu menurut Simamora (1999) metode penarikan selain yang telah dibahas tersebut, masih ada metode lain yang dapat digunakan dalam penarikan karyawan baru, yaitu :

1. Maklumat pekerjaan (*job posting*)
2. Persediaan keahlian (*skills inventory*)
3. *Writes in*
4. Perusahaan konsultan manajemen dan *executive search firms*.

Dalam penelitian ini, metode penarikan (*rekrutmen*) yang dipakai adalah dengan *job posting* dan *leasing*. *Job posting* digunakan untuk tenaga dokter Puskesmas pasca PTT yang diangkat menjadi pegawai negeri sipil, sedang *leasing* oleh karena sumber daya (anggaran) terbatas dan bersifat temporer untuk keperluan kebutuhan organisasi jangka pendek (3 tahun), maka untuk dokter yang baru lulus

diangkat menjadi dokter Puskesmas sebagai pegawai tidak tetap (PTT) selama masa bakti.

## 2.1.6 Seleksi sumber daya manusia

### 1. Pengertian seleksi

Seleksi adalah serangkaian langkah kegiatan yang digunakan untuk memutuskan apakah pelamar diterima atau tidak (Handoko, 2000; Hasibuan, 2000; Simamora, 1999; Mondy dan Noe, 1990). Sedang Dwivedi (1979) dalam Hasibuan (2000) mengatakan bahwa seleksi SDM untuk mengurangi tingkat perputaran (*turn over*) karyawan. Sementara itu menurut Mandel dalam Hasibuan (2000) seleksi SDM agar sesuai dengan *job discription* dan *job spesification* karyawan.

Pendapat yang agak berbeda dikemukakan oleh Nawawi (2000) yang menyatakan bahwa seleksi adalah proses menetapkan keputusan dalam menerima (mengupah) atau tidak menerima (tidak mengupah), setelah mempertimbangkan setiap pelamar (calon karyawan) untuk suatu pekerjaan atau jabatan. Di samping itu, Nawawi juga mengatakan bahwa dalam kegiatan seleksi ini, bersama dengan kegiatan penempatan dan sosialisasi atau orientasi merupakan bagian dari proses penarikan (*rekrutmen*).

Pengertian seleksi yang dipakai dalam penelitian ini adalah seperti yang disampaikan oleh Nawawi (2000) karena dalam seleksi tenaga dokter Puskesmas baik yang berstatus PTT atau PNS berhubungan dengan anggaran pemerintah (upah atau gaji) dan proses seleksi merupakan bagian dari penarikan (*rekrutmen*).



## 2. Proses seleksi

Menurut Handoko (2000) proses seleksi mengandung tujuh langkah, yaitu :

Langkah 1 Penerimaan pendahuluan pelamar

Langkah 2 Tes-tes penerimaan

Langkah 3 Wawancara seleksi

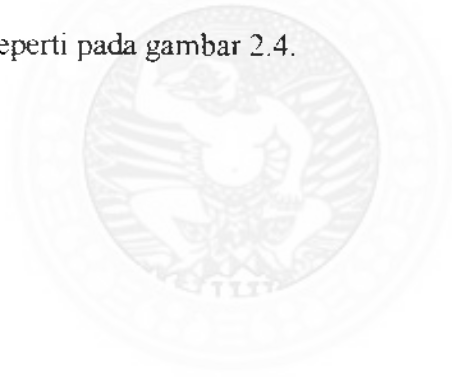
Langkah 4 Pemeriksaan referensi

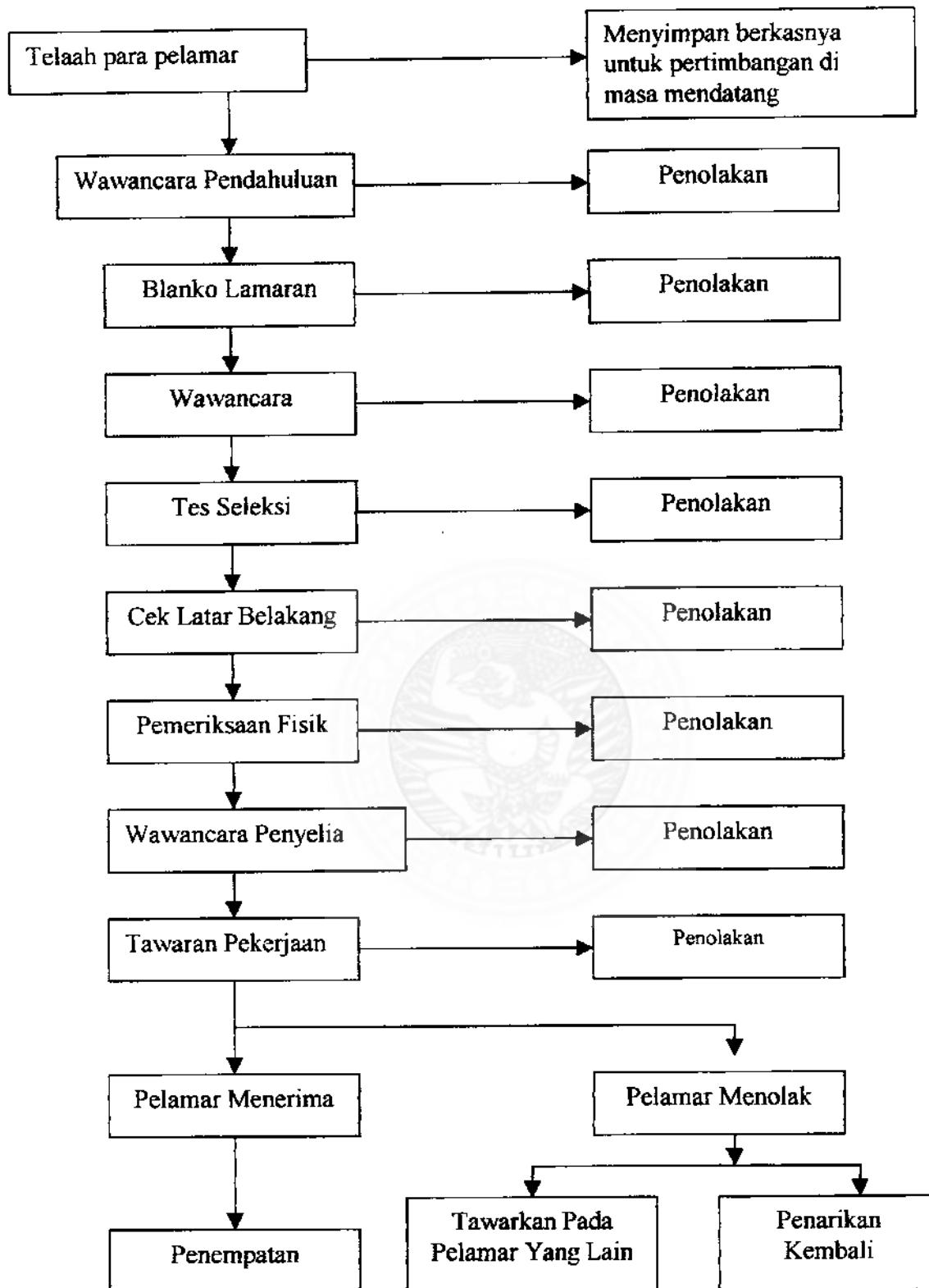
Langkah 5 Evaluasi Medis

Langkah 6 Wawancara atasan langsung

Langkah 7 Keputusan Penerimaan

Sementara itu, Simamora (1999) membuat langkah-langkah dalam proses seleksi karyawan baru seperti pada gambar 2.4.





Gambar 2.4 Langkah dalam Proses Seleksi (Simamora, 1999)

Proses seleksi menurut Simamora (1999) seperti pada gambar 2.4 di atas, cocok untuk seleksi karyawan di perusahaan atau organisasi bisnis secara umum. Untuk seleksi tenaga kesehatan, proses seleksinya lebih sederhana dan mengikuti pendapat Handoko (2000) dengan modifikasi.

Pada penelitian ini, untuk tenaga dokter Puskesmas yang berstatus PTT (Pegawai Tidak Tetap) proses seleksinya adalah otomatis (hanya registrasi), di mana setiap dokter yang baru lulus dianggap sudah cakap untuk menjadi dokter Puskesmas dan masa bakti sebagai dokter PTT bersifat wajib sebagai bagian dari WKS (Wajib Kerja Sarjana). Akibatnya adalah kinerja dokter PTT banyak yang rendah. Untuk dokter Puskesmas yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS), proses seleksi untuk menjadi dokter Puskesmas PNS mengikuti pendapat Handoko (2000) dengan modifikasi. Modifikasi yang dimaksud adalah pertama, pada langkah 1 Penerimaan Pendahuluan Pelamar, di sini juga berfungsi sebagai penyeleksi administrasi peserta (para dokter pasca PTT) serta dapat untuk wawancara pendahuluan. Kedua, langkah 2 Tes-tes Penerimaan, di sini dengan test tertulis. Ketiga, langkah 6 Wawancara atasan langsung, biasanya di sini hanya berupa surat rekomendasi dari atasan langsung dari pelamar.

### **2.1.7 Pemberian kompensasi**

#### **1. Pengertian kompensasi**

Menurut Handoko (2000) kompensasi adalah segala sesuatu yang diterima para karyawan sebagai balas jasa untuk kerja mereka. Sedang menurut Nawawi (2000) kompensasi adalah penghargaan atau ganjaran pada para pekerja yang telah

memberikan kontribusi dalam mewujudkan tujuannya, melalui kegiatan yang disebut bekerja. Hasibuan (2000) berpendapat, yang disebut kompensasi adalah semua pendapatan yang berbentuk uang, barang langsung atau tidak langsung yang diterima karyawan sebagai imbalan atas jasa yang diberikan kepada organisasi atau perusahaan.

Sementara itu, menurut Yoder dalam Hasibuan (2000) menyatakan *the payment to member of work teams for their participation* (balas jasa membuat anggota tim kerja dapat bekerja sama dan berprestasi). Sedang Flippo dalam Hasibuan (2000) berpendapat *wages is defined as the adequate and equitable remuneration of personnel for their contribution to organizational objectives* (upah didefinisikan sebagai balas jasa yang adil dan layak diberikan kepada para pekerja atas jasanya dalam mencapai tujuan organisasi). Pendapat lain disampaikan oleh Sikula dalam Hasibuan (2000) *a compensation is anything that constitutes or is regarded as an equivalent or recompense* (Kompensasi adalah segala sesuatu yang dikonstitusikan atau dianggap sebagai suatu balas jasa atau ekuivalen)

Dalam penelitian ini, yang dimaksud kompensasi adalah besarnya gaji yang diterima setiap bulan oleh dokter Puskesmas yang diangkat oleh Pemerintah Daerah baik yang berstatus sebagai dokter kontrak atau diangkat sebagai pegawai Pemkab atau Pemkod.

## 2. Tujuan Kompensasi

Menurut Handoko (2000) tujuan pemberian kompensasi dari suatu organisasi adalah sebagai berikut :

1. Untuk memperoleh personalia yang *qualified*
2. Mempertahankan para karyawan yang ada sekarang
3. Menjamin keadilan
4. Menghargai perilaku yang diinginkan
5. Mengendalikan biaya
6. Memenuhi peraturan legal

Sedang menurut Peterson dan Plowman dalam Hasibuan (2000) tujuan kompensasi menurut karyawan adalah :

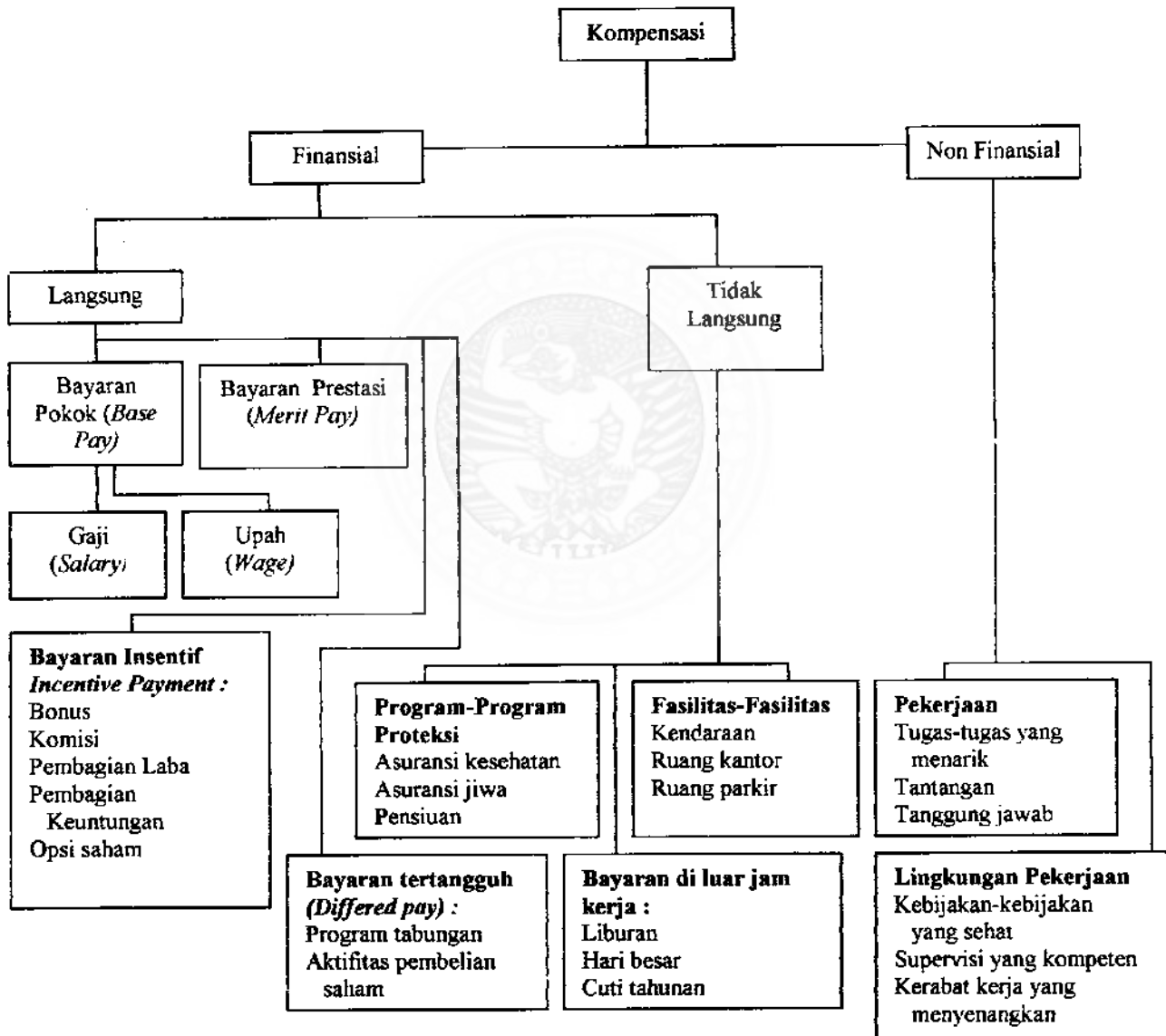
1. *The desire to live* (keinginan untuk hidup, misal : makan)
2. *The desire for posession* (keinginan untuk memiliki sesuatu)
3. *The desire for power* (keinginan akan kekuasaan)
4. *The desire for recognition* (keinginan akan pengakuan)

Dalam teori kebutuhan dari Maslow, dikatakan bahwa kebutuhan manusia itu ada hirarkhinya (berjenjang). Kebutuhan pertama adalah kebutuhan fisiologis (sandang, pangan, papan). Kedua, kebutuhan keselamatan (perasaan aman, perlindungan. Ketiga, kebutuhan sosial (perasaan menjadi anggota lingkungan, cinta). Keempat, kebutuhan untuk dihargai (harga diri, pengakuan, status). Kelima, kebutuhan pernyataan diri (pengembangan dan perwujudan diri) (Supriyanto, 2002).

Sementara itu, menurut Hasibuan (2000) tujuan pemberian kompensasi adalah sebagai ikatan kerjasama, kepuasan kerja, pengadaan efektif, motivasi, stabilitas karyawan, disiplin serta pengaruh serikat buruh dan pemerintah.

### 3. Jenis kompensasi

Simamora (1999) membagi kompensasi seperti pada gambar dibawah ini.



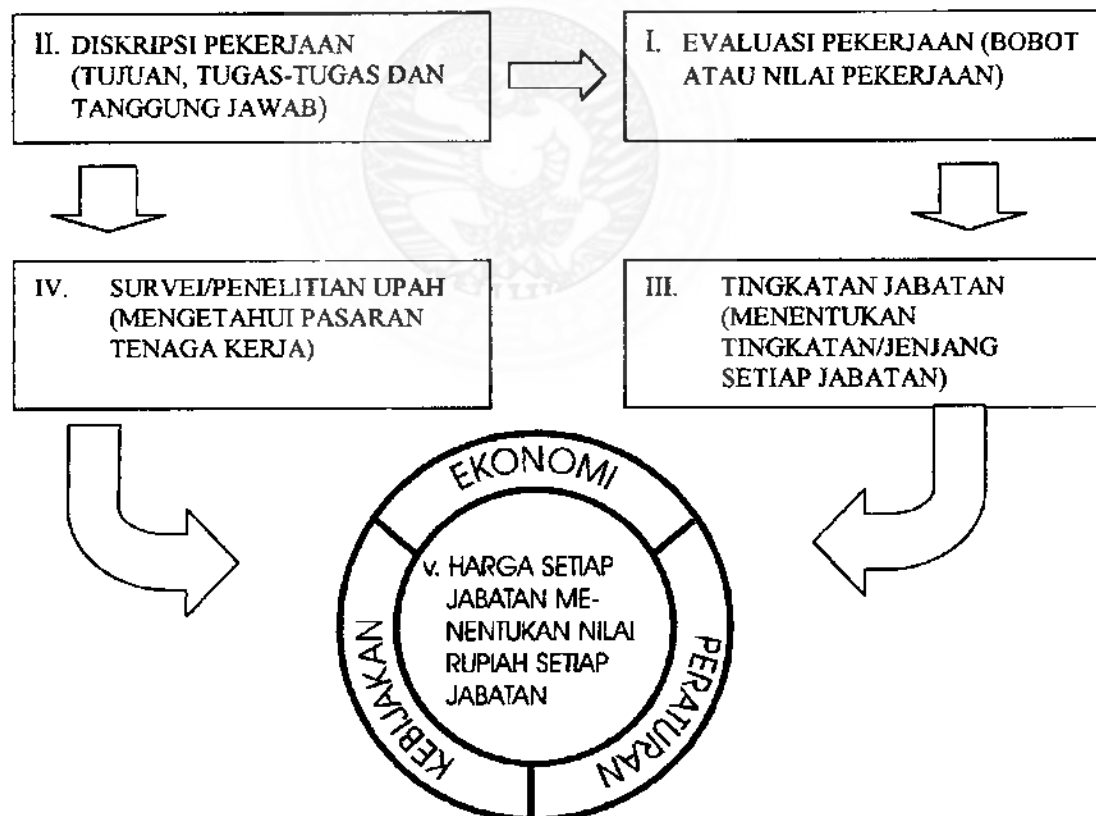
Gambar 2.5 Jenis Kompensasi (Simamora, 1999)

Dari gambar 2.5 di atas, sudah jelas bahwa yang dimaksud kompensasi tidak hanya pemberian gaji (finansial) semata, tetapi termasuk juga kompensasi yang non finansial.

Menurut Handoko (2000) bentuk kompensasi dibagi dalam gaji tetap setiap minggu, bulan atau tahun, upah harian, upah insentif (bonus dan komisi) dan rencana pembagian laba (*profit sharing plan* – dimana karyawan menerima sejumlah persentase tertentu dari laba organisasi sebagai pendapatan ekstra). Sedang menurut Nawawi (2000) jenis kompensasi dibedakan dalam kompensasi langsung (gaji, upah), kompensasi tidak langsung (THR, tunjangan Hari Natal) dan insentif (bonus).

#### 4. Proses kompensasi

Nawawi (2000) membuat skema tentang proses kompensasi seperti pada gambar 2.6 di bawah ini :



Gambar 2.6 Skema Proses Kompensasi (Nawawi, 2000)

## 5. Berbagai faktor yang mempengaruhi kebijakan kompensasi

Menurut Handoko (2000) berbagai faktor yang mempengaruhi kebijakan dalam kompensasi antara lain, *supply* dan *demand* tenaga kerja, serikat karyawan, produktifitas pekerja, kesediaan untuk membayar, kemampuan untuk membayar, kebijakan pengupahan dan penggajian organisasi serta peraturan pemerintah tentang tenaga kerja. Sedang menurut Hasibuan (2000) yang mempengaruhi kompensasi adalah penawaran dan permintaan tenaga kerja, kemampuan dan kesediaan organisasi, serikat buruh/organisasi karyawan, produktivitas kerja karyawan, pemerintah dengan peraturan tenaga kerja, biaya hidup (*cost of living*) posisi jabatan karyawan, pendidikan dan pengalaman karyawan, kondisi perekonomian nasional serta sifat dan jenis pekerjaan.

Sementara itu, menurut Pearce dan Robinson (1996) pedoman dalam menyusun struktur sistem imbalan atau kompensasi yang efektif adalah :

1. Mengaitkan imbalan secara erat dengan rencana strategik
2. Menggunakan insentif variabel dan menjadikan mereka bagian penting dalam kompensasi setiap karyawan
3. Imbalan dan insentif harus terkait dengan pekerjaan seseorang dan hasil yang memang dalam kendali orang tersebut.
4. Berilah imbalan berdasarkan prestasi dan peran bagi keberhasilan, bukan berdasarkan posisi dalam hirarki
5. Beri imbalan bagi setiap orang dan bersikap pekalah terhadap perbedaan antara bagian atas dan bawah organisasi.
6. Adil, akurat dan informatif
7. Berilah imbalan secara loyal bila berhasil, minimal jika tidak



8. Jangan remehkan nilai lingkungan yang menyenangkan dan memotivasi.
9. Terbuka untuk mengubah sistem imbalan.

## 2.2 Analisis Kebijakan

### 2.2.1 Pengertian kebijakan (*policy*)

Kebijakan adalah suatu aturan tertulis hasil keputusan formal organisasi, yang mengatur nilai dan perilaku seluruh komponen organisasi, yang bersifat mengikat, dengan tujuan untuk mencapai suatu tata nilai baru (United Nations, 1975). Sedangkan menurut Anderson (1978) dalam Wahab (1997) kebijakan adalah perilaku dari sejumlah aktor (pejabat, kelompok, instansi pemerintah) atau serangkaian aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu.

Sementara itu, menurut Friedrich dalam Wahab (1997) kebijakan adalah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan tertentu seraya mencari peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan. Lindblom (1968) menyatakan bahwa pembuatan kebijakan adalah proses politik dan proses organisasi yang amat panjang dan bertahap.

Sedang menurut Hill (1997) kebijakan dibagi atas, pertama kebijakan untuk perencanaan yang akan datang (*analysis of policy*). Kedua, kebijakan untuk meningkatkan kualitas dari kebijakan yang sudah ada (*analysis for policy*). Ketiga, kebijakan yang berisi campuran antara kebijakan saat ini dan yang akan datang.

Definisi kebijakan yang dipakai dalam penelitian ini adalah modifikasi dari Friedrich, yaitu rencana kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung dalam

pengadaan dokter Puskesmas di wilayahnya. Sedang jenis kebijakannya masuk dalam kebijakan yang akan datang (*analysis of policy*).

### 2.2.2 Pengertian kebijakan publik (*public policy*)

Kebijakan publik adalah suatu pola ketergantungan yang kompleks dari pilihan kolektif yang saling tergantung, termasuk keputusan untuk tidak bertindak, yang dibuat oleh badan atau kantor pemerintah (Dunn, 1994). Sedang menurut Jenkins (1978) dalam Wahab (1997) kebijakan publik atau kebijakan negara sebagai “*a set of interrelated decisions taken by a political actor or group of actors concerning the selection of goals and the means of achieving them within a spesified situation where these decisions should, in principle, be within the power of these actors to achieve*” (serangkaian keputusan yang saling berkaitan yang diambil oleh seorang aktor politik beserta cara untuk mencapainya dalam suatu situasi dimana keputusan itu pada prinsipnya masih berada dalam batas kewenangan kekuasaan dari para aktor tersebut)

Sementara itu, menurut Udoji (1981) dalam Wahab (1997) yang dimaksud kebijakan publik atau kebijakan negara adala “*an sanctioned course of action addressed to a particular problem or group of related problems that affect society at large*” (suatu tindakan bersanksi yang mengarah pada suatu tujuan tertentu yang diarahkan pada suatu masalah atau sekelompok masalah tertentu yang sering berkaitan yang mempengaruhi sebagian besar warga masyarakat). Sedang menurut Anderson dalam Wahab (1997) kebijakan publik atau kebijakan negara adalah

sebagai kebijakan yang dikembangkan atau dirumuskan oleh instansi serta pejabat pemerintah.

Definisi kebijakan publik yang dipakai dalam penelitian ini adakah seperti yang disampaikan Jenkins (1978), dimana kebijakan pengadaan dokter Puskesmas merupakan wewenang pemerintah daerah setempat dalam rangka pemerataan dan peningkatan pelayanan kesehatan di wilayahnya.

### 2.2.3 Kriteria pengambilan keputusan

Menurut Anderson dalam Wahab (1997) nilai yang kemungkinan menjadi pedoman pembuat keputusan dapat dikelompokkan menjadi lima kriteria, yaitu :

#### 1. Nilai politik

Pembuat keputusan melakukan penilaian atas alternatif kebijakan yang dipilihnya dari sudut kepentingan partai politiknya atau bagi berbagai kelompok klien dari badan atau organisasi yang dipimpinnya.

#### 2. Nilai organisasi

Para pembuat keputusan, khususnya para birokrat dalam mengambil keputusan dipengaruhi oleh nilai-nilai organisasi tempat para birokrat tersebut terlibat didalamnya. Berbagai ganjaran dan sanksi akan dilaksanakan oleh pembuat keputusan dan akan bertindak sejalan dengan nilai-nilai yang telah digariskan oleh organisasi ini.

#### 3. Nilai pribadi

Dalam mengambil keputusan, para pembuat keputusan didasarkan pada nilai pribadi. Nilai pribadi tersebut misalnya hasrat untuk melindungi atau memenuhi

kesejahteraan atau kebutuhan fisik atau kebutuhan finansial, reputasi diri atau posisi historis kemungkinan juga digunakan oleh para pembuat keputusan sebagai kriteria dalam pengambilan keputusan.

#### 4. Nilai kebijakan

Dalam nilai kebijakan ini, para pembuat keputusan yang mendasari keputusannya dalam mengambil langkah adalah berdasarkan atas persepsi mereka terhadap kepentingan umum atau keyakinan tertentu mengenai kebijakan negara apa yang sekiranya tepat dan benar.

#### 5. Nilai ideologis

Nilai ideologis yang dimaksud, misalnya nasionalisme, ideologi Pancasila dan lain-lain. Ideologi ini berfungsi sebagai resep untuk melaksanakan perubahan sosial dan ekonomi dan bahkan kerap kali juga dipergunakan sebagai instrumen pengukur legitimasi bagi partisipasi politik atau partisipasi dalam kegiatan pembangunan yang dilakukan oleh berbagai kelompok dalam masyarakat (Wahab, 1987)

Dalam penelitian ini, nilai yang dipakai dalam perencanaan dokter Puskesmas adalah nilai organisasi, dimana dalam perencanaan dokter Puskesmas didasarkan pada kepentingan organisasi, yakni organisasi pemerintah kabupaten atau kota.

### 2.2.4 Aktor dalam proses kebijakan

Menurut Jones (1970) dalam Wahab (1997) ada empat tipe aktor yang berperan dalam proses pengambilan keputusan, yaitu : golongan rasionalis, golongan

teknis, golongan inkrementalis dan golongan reformis. Golongan rasionalis mempunyai ciri antara lain :

1. Mengidentifikasi masalah
2. Merumuskan tujuan dan menyusunnya dalam jenjang tertentu
3. Mengidentifikasi semua alternatif kebijakan
4. Meramalkan atau memprediksi akibat dari setiap alternatif
5. Membandingkan akibat tersebut dengan mengacu pada tujuan
6. Memilih alternatif terbaik

Peran dan perilaku golongan rasionalis identik dengan para perencana dan analisis kebijakan profesional dalam menghadapi berbagai masalah publik.

Golongan teknisi dalam melaksanakan tugasnya memiliki kebebasan, namun kebebasan ini sebatas pada lingkup pekerjaan dan keahliannya. Golongan ini menunjukkan rasa antusiasme dan rasa percaya diri yang tinggi apabila mereka diminta untuk bekerja dalam batas-batas pendidikan dan keahliannya, namun cenderung enggan untuk melakukan pertimbangan yang luas melampaui batas keahliannya tersebut.

Golongan inkrementalis perannya dapat diidentikkan dengan para politisi. Kebijakan apapun bagi golongan inkrementalis akan cenderung dilihat sebagai suatu perubahan yang terjadi secara sedikit demi sedikit (*gradual changes*). Gaya kerja golongan inkrementalis adalah kemampuannya dalam tawar menawar (*bargaining*) yakni dengan secara teratur mendengarkan tuntutan, mengisi seberapa jauh intensitas tuntutan tersebut dan menawarkan kompromi. Sedang golongan reformis (pembaru), gaya kerjanya berbeda dengan para aktor sebelumnya. Golongan reformis pada

umumnya sangat radikal, kerap kali disertai dengan tindakan demonstrasi dan konfrontasi dengan pihak penguasa (pemerintah). Para aktor-aktor tersebut kalau dibedakan, karakteristiknya dapat dilihat pada tabel 2.1. dibawah ini.

Tabel 2.1 Para Aktor dalam Proses Kebijakan (Jones,1970 dalam Wahab,1997)

<b>KARAKTERISTIK</b>					
<b>Golongan Aktor</b>	<b>Peran</b>	<b>Nilai-Nilai</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Gaya Kerja</b>	<b>Kritik</b>
Rasionalis	Analisis Kebijakan/Perencanaan	Metode	Dapat diterapkan sebelumnya	Konprehensif	Tidak memahami keterbatasan manusia
Teknisi	Ahli/Spesialis	Pendidikan dan Keahlian	Diterapkan pihak lain	Eksplisit	Terlampau picik
Inkrementalis	Politisi	Status quo	Karena tuntutan baru	Juru tawar	Tidak realistis
Reformis	Pelobi	Perubahan Sosial	Karena masalah mendesak	Aktifis	Tidak realistis/tidak kenal kompromi

Para aktor dalam proses pembuatan kebijakan adalah seorang pemimpin yang mempunyai kewenangan (*authority*). Sebagai seorang pemimpin, menurut Ruch dan Gerungan (1966) dalam Walgito (2000) mempunyai tugas atau fungsi utama sebagai:

1. Seorang pemimpin yang bertugas memberikan struktur yang jelas dari situasi yang rumit yang dihadapai oleh kelompoknya (*structuring the situation*)
2. Seorang pemimpin bertugas mengawasi dan menyalurkan perilaku kelompok yang dipimpinnya (*controlling group behavior*)
3. Seorang pemimpin bertugas sebagai juru bicara kelompok yang dipimpinnya (*spokeman of the group*)

Sementara itu, menurut Krech dan Crutchfield (1948) dalam Walgito (2000) seorang pemimpin mempunyai beberapa fungsi, yakni :

1. Sebagai seorang eksekutif
2. Seorang perencana (*planner*)
3. Seorang pembuat kebijakan (*policy maker*)
4. Seorang ahli (*expert*)
5. Seorang yang mewakili kelompok keluar (*as external group representative*)
6. Seorang pengontrol perilaku atau hubungan para anggotanya (*as contoller of internal relationship*)
7. Seorang pemberi hadiah atau hukuman
8. Seorang penengah dan peleraai
9. Seorang panutan (*as exemplar*)
10. Seorang simbol dari kelompok (*symbol of the group*)
11. Seorang pengambil alih tanggung jawab
12. Seorang idealis (*as ideologist*)
13. Figur seorang ayah (*as father figure*)
14. Sebagai kambing hitam (*as scapegoat*)

Disamping itu, para aktor dalam proses kebijakan mempunyai kewenangan (*authority*). Pengertian kewenangan menurut Kast dan Rosenzeig (1985) adalah kekuasaan yang dilembagakan (*institutionalized*), konsep penting dalam studi organisasi formal. Sedang menurut Weber dalam Kast dan Rosenzweig (1985) wewenang tersebut ada tiga type, yaitu : rational-legal, traditional dan karismatik.

## 2.3 Desentralisasi

### 2.3.1 Pengertian desentralisasi

Desentralisasi adalah proses pengalihan wewenang dari tingkat pemerintahan yang lebih tinggi kepada pemerintah yang lebih rendah, baik bidang legislatif, yudikatif atau administratif (*Encyclopedia of the social sciences*; Ruitter dalam Hoogerwerf, 1978; Rondinelli dan Cheema, 1983; Koswara, 1996 dalam Sarundajang, 1999; Mills, at all, 1989; Furniss dalam Mills, at all, 1989).

Darumurti dan Rauta (2000) mendefinisikan pengertian desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintah oleh pemerintah daerah otonom dalam kerangka Negara Kesatuan RI. Sedang menurut Departemen Kesehatan RI (1999) desentralisasi diartikan pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada pemerintah daerah untuk mengatur sistem pemerintahan dan rumah tangga sendiri dalam mengelola berbagai pembangunan nasional pada masa mendatang.

Pengertian desentralisasi yang dipakai dalam penelitian ini adalah menurut Departemen Kesehatan RI (1999) yaitu desentralisasi merupakan penyerahan wewenang yang lebih besar kepada pemerintah kabupaten atau kota untuk mengelola dan mengatur rumah tangganya sendiri.

### 2.3.2 Jenis desentralisasi

Rondinelli dan Cheema (1983) membagi desentralisasi dalam empat bentuk, yaitu : dekonsentrasi (*deconcentration*), delegasi (*delegation*), devolusi (*devolution*) dan privatisasi – keempat bentuk ini, menurut Siswanto (2000) perbedaannya dapat dilihat seperti pada tabel 2.2.



Tabel 2.2 Perbedaan Dekonsentrasi, Devolusi, Delegasi dan Privatisasi (Modifikasi dari Siswanto, 2000)

		Dekonsentrasi	Devolusi	Delegasi	Privatisasi
1	Definisi Operasional	Desentralisasi adminis-tratif	Desentralisasi Politik	Pemindahan fungsi-fungsi khusus pada komisi atau perusahaan	Pemindahan fungsi-fungsi pada badan-badan privat dan sukarela
2	Potensi Keuntungan	Program-program daerah menjadi beban pusat	Peka terhadap gejala-gejala daerah, koordinasi pelayanan menjadi besar	Keluwesannya dalam pengelolaan fungsi-fungsi lebih besar, beberapa kebebasan politik	Keluwesannya dan kebebasan politik lebih besar (tergantung mekanisme pasar)
3	Potensi Kerugian Atau keterbatasan	Kurang koordinasi dan kurang peka terhadap kelemahan daerah	Pembiayaan pusat diperlukan untuk pelayanan kesehatan yang mahal, oleh karena itu masih perlu diawasi oleh pusat	Kurang koordinasi dengan departemen dan badan-badan lain	Perlu peraturan dan mekanisme pengawasan
4.	Contoh di Indonesia	Dinas kesehatan Propinsi	- Dinas kesehatan Kabupaten atau Kota - RSUD	-Perum Astek - PT Askes	RS Swasta

Sedang fungsi empat macam desentralisasi tersebut, menurut Supriyanto (2001) seperti tabel 2.3 dibawah ini .

Tabel 2.3 : Perbedaan Fungsi Dekonsentrasi, Devolusi, Delegasi dan Privatisasi (Supriyanto, 2001).

Fungsi	Dekonsentrasi	Devolusi	Delegasi	Swastanisasi
Legislatif	--	**	-	-
Pencarian dana	*	**	**	***
Kebijakan	-	**	**	**
Peraturan	-	**	*	-
Perencanaan	**	**	***	***
SD/SDM	*	**	***	***
Kerjasama	*	***	***	***
Koordinasi	*	**	***	***
Latihan	*	**	***	***

### 2.3.3 Tujuan desentralisasi

Tujuan desentralisasi menurut Fester (1965) dan Leemans (1970) dalam Sarundajang (1999) adalah merupakan nilai-nilai dari komunitas politik yang dapat berupa kesatuan bangsa (*national unity*), pemerintahan demokrasi (*democratic government*), kemudian sebagai penjelmaan dari otonomi, efisiensi administrasi dan pembangunan sosial ekonomi.

Mills, at all. ( 1989 ) berpendapat tujuan desentralisasi secara filosofis dan ideologis, dianggap sebagai tujuan politik yang penting, karena memberikan kesempatan munculnya partisipasi masyarakat dan kemandirian daerah serta untuk menjamin kecermatan pejabat pemerintah terhadap masyarakatnya.

Dalam tingkat pragmatis, desentralisasi dianggap sebagai cara untuk mengatasi berbagai hambatan institusional fisik dan administratif dalam pembangunan.

Sedang menurut Mochny ( 2001 ) ada empat manfaat dalam pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan, yaitu :

1. Membuat program kesehatan berdasarkan data yang relevan / terbukti.
2. Program berdasarkan kepada masalah setempat, pemecahan masalah setempat dengan memakai sumber daya setempat yang ada secara efisien.
3. Kesiapan untuk perencanaan dan pelaksanaan setempat.
4. Kepemimpinan dan management setempat yang bersifat "demokratis" berlandaskan : saling percaya, tata nilai setempat, standar yang bermutu dan memanfaatkan sumber daya fisik dan non fisik.

## 2.4 Otonomi Daerah

### 2.4.1 Pengertian otonomi daerah

Otonomi atau *autonomy* berasal dari bahasa Yunani, *auto* berarti sendiri, *nomous* berarti hukum atau peraturan atau perintah, oleh karena itu otonomi daerah berarti memerintah sendiri ( Sarundajang, 2000). Definisi lain dari otonomi adalah kebebasan untuk memelihara dan memajukan kepentingan khusus daerah, dengan keuangan sendiri, menentukan hukum sendiri dan pemerintah sendiri (Wajang, 1975 dalam Darumarti dan Ranta, 2000).

Otonomi daerah adalah hak, wewenang dan kewajiban daerah untuk mengatur dan mengurus rumah tangganya sendiri sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku, sedangkan daerah otonomi adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas wilayah tertentu yang berhak, berwenang dan berkewajiban mengatur dan mengurus rumah tangga sendiri dalam ikatan negara kesatuan Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku (Sarundajang, 2000). Sementara itu, otonomi daerah dibidang kesehatan adalah kewenangan daerah otonomi untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat di bidang kesehatan menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan (Departemen kesehatan RI, 1999).

Pendapat lain, disampaikan oleh Lubis (1999) dalam Nasution (2000) otonomi daerah sebagai subsistem desentralisasi dari pemerintah daerah, bukanlah satu sistem atau faktor yang konstan adanya, tetapi harus berkembang sesuai dengan dinamika masyarakat dan pergeseran garis politik dan perundang-undangan mengenai

pemerintah daerah. Bahkan perkembangan ini, sangat dipengaruhi oleh UUD dan garis politik yang sedang berlaku dalam negara.

#### 2.4.2 Tujuan otonomi daerah

Otonomi daerah sebagai salah satu bentuk desentralisasi, pada hakikatnya ditujukan untuk memenuhi kepentingan bangsa secara keseluruhan, yaitu untuk mewujudkan cita-cita masyarakat yang lebih baik, suatu masyarakat yang lebih adil dan lebih makmur dengan pemberian, pelimpahan dan peyerahan urusan pemerintahannya sendiri-sendiri (Sarundajang, 2000). Sedang tujuan otonomi daerah itu sendiri, menurut Sarundajang (2000) dapat dibagi dalam empat aspek, yaitu :

1. Dari segi politik adalah untuk mengikut sertakan, menyalurkan aspirasi dan inspirasi masyarakat, baik untuk kepentingan daerah sendiri maupun untuk mendukung politik dan kebijakan nasional dalam rangka pembangunan dalam proses demokrasi di lapisan bawah.
2. Dari segi manajemen pemerintahan, adalah untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna penyelenggaraan pemerintahan, terutama dalam memberikan pelayanan terhadap masyarakat dengan memperluas jenis pelayanan dalam berbagai kebutuhan masyarakat.
3. Dari segi kemasyarakatan untuk meningkatkan partisipasi dan menumbuhkan kemandirian masyarakat, dengan melakukan usaha pemberdayaan (*empowerment*) masyarakat, sehingga masyarakat makin mandiri dan tidak terlalu banyak tergantung pada pemberian pemerintahan serta memiliki daya saing yang kuat dalam proses penumbuhannya.

4. Dari segi ekonomi pembangunan, adalah untuk melancarkan pelaksanaan program pembangunan guna tercapainya kesejahteraan masyarakat yang makin baik.

## **2.5 Fokus Group Discussion (FGD)**

### **2.5.1 Pengertian FGD**

Fokus Group Diskusi (*Focus Group Discussion*) adalah suatu proses pengumpulan informasi mengenai suatu permasalahan tertentu yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok (Irwanto, 1998). Sedang menurut Qomaruddin (1998) FGD merupakan salah satu tehnik dalam pengumpulan data kualitatif, dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan dari seorang moderator atau fasilitator. Sementara itu, menurut *American Statistical Association* (1997) *Focus Groups are not poils but in depth, qualitative interviews with a small number of carefully selected people.*

### **2.5.2 Latar belakang dan tujuan FGD**

Menurut Irwanto (1998) latar belakang dilakukan FGD karena :

1. Alasan filosofis, yang terdiri dari :
  - a. Penelitian tidak selalu terpisah dengan aksi (diskusi).
  - b. Penelitian yang bersifat aksi membutuhkan perasaan memiliki dari masyarakat yang diteliti, sehingga pada saat peneliti memberikan rekomendasi aksi, dengan mudah masyarakat mau menerima rekomendasi tersebut.

2. Alasan metodologis, yang terdiri dari
  - a. Adanya keyakinan bahwa masalah yang diteliti tidak dapat dipahami dengan metode survei atau wawancara individu.
  - b. Untuk memperoleh data kualitatif yang bermutu dalam waktu yang relatif singkat.
  - c. Sebagai metode yang dirasa cocok bagi permasalahan yang bersifat sangat lokal dan spesifik.

Sedang menurut Qomaruddin (1998) tujuan dilakukan FGD adalah untuk mengumpulkan data mengenai persepsi peserta (responden) terhadap sesuatu, misalnya pelayanan kesehatan, tidak mencari konsensus, tidak mengambil keputusan mengenai tindakan apa yang harus diambil dan sebagainya.

### 2.5.3 Peserta FGD

Menurut Irwanto (1998) setiap FGD membutuhkan satu orang moderator, satu orang pencatat proses, satu orang penghubung peserta dan satu atau dua orang logistik dan *blocker*. Disamping itu homogenitas atau heterogenitas peserta harus diperhatikan. Sedang jumlah peserta FGD menurut Dawson, dkk. (1993) dalam Irwanto (1998) jumlah yang ideal adalah 7 – 11 orang.

Sementara itu, menurut Qomaruddin (1998) peserta FGD terdiri dari 6 – 12 orang yang mempunyai ciri-ciri yang sama (homogen) dan sebaiknya tidak saling mengenal. Sedang menurut *American Statistical Association* (1997) peserta FGD ada 6 – 12 orang dan masing-masing peserta mempunyai ciri-ciri yang sama (homogen).

#### 2.5.4 Proses FGD

Qomaruddin (1998) menyatakan proses FGD terdiri dari :

1. Persiapan FGD (waktu, tempat, pengaturan tempat duduk dan lain-lain).
2. Pembukaan FGD (oleh moderator).
3. Teknik pengelolaan FGD (klarifikasi/elaborasi, reorientasi, diskusi bisa hidup dengan penggunaan gambar atau foto).
4. Penutupan FGD (kesimpulan disampaikan oleh moderator).

Sedang menurut Irwanto (1998) ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam proses FGD antara lain, peserta harus yakin kalau keikutsertaan dalam keadaan aman, *blocker* yang ada bisa berfungsi secara baik, tempat FGD yang representatif dan netral dan transportasi peserta ke tempat FGD lancar.

#### 2.5.5 Keuntungan dan kerugian FGD

Keuntungan FGD dibandingkan metode lain, menurut Qomaruddin (1998) antara lain :

1. Suatu kelompok mampu menghasilkan informasi, ide dan pandangan yang lebih luas (*sinergisme*).
2. Komentar yang didapat secara acak dari responden dapat memacu mulainya suatu rantai respons yang menghasilkan ide baru (*snow balling*).
3. Pengalaman dalam kelompok sendiri merupakan sesuatu yang menyenangkan dan mendorong partisipasi (*stimulation*).
4. Individu responden merasa aman di dalam kelompok dan lebih merasa bebas mengutarakan perasaan atau pikiran (*security*).

5. Individu tidak diharapkan menjawab setiap pertanyaan karena itu diharapkan bahwa jawaban lebih memiliki arti, karena melalui suatu proses kelompok (*spontanitas*).

Sedang kelemahan FGD antara lain :

1. Teknik FGD relatif cepat diselesaikan dan lebih murah dari pada studi kuantitatif, karena itu sering digunakan oleh pembuat keputusan untuk mendukung dugaan atau pendapat pembuat keputusan.
2. Teknik FGD mudah dilaksanakan tetapi sulit melakukan interpretasi data.
3. Memerlukan moderataor yang memiliki ketrampilan (Qomaruddin, 1998).





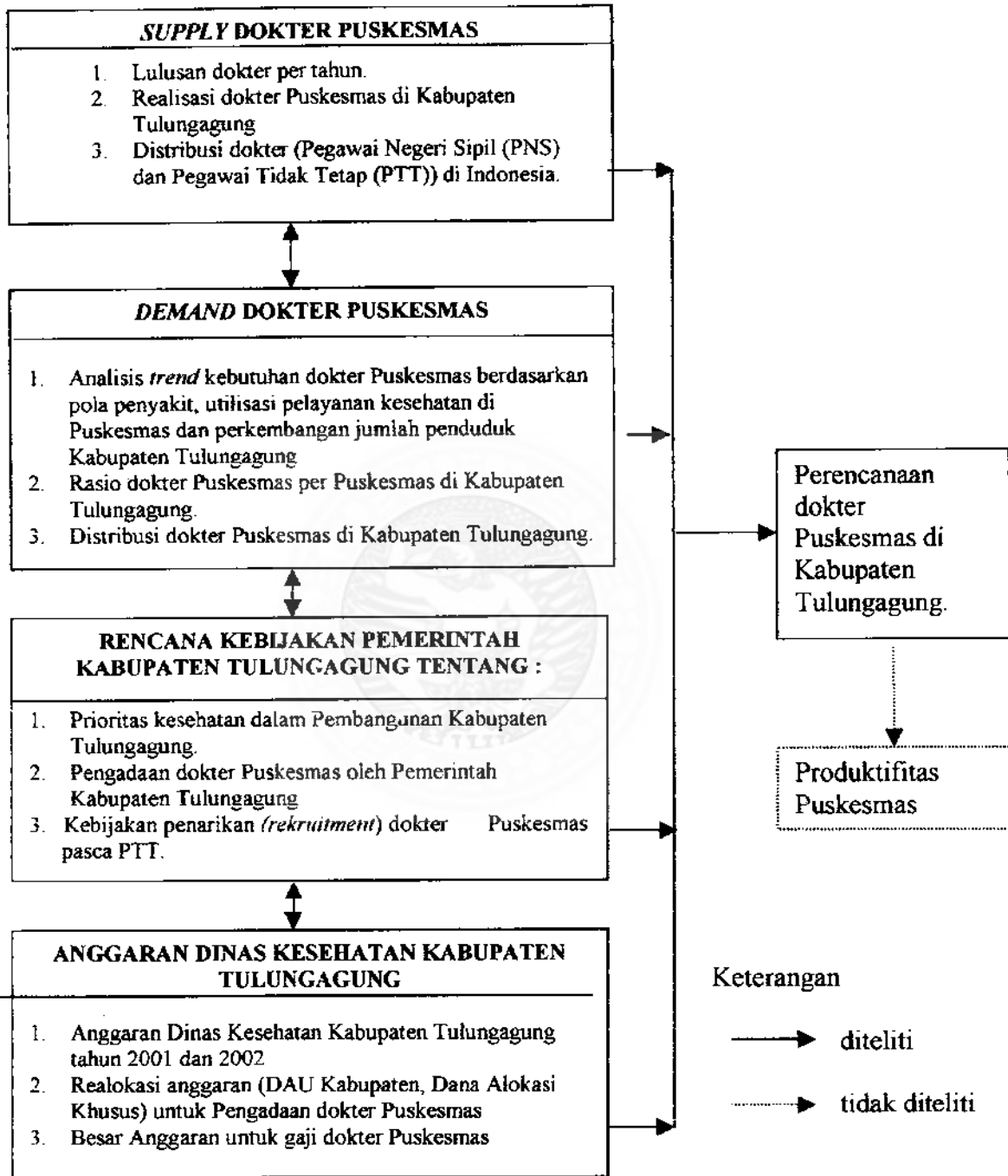


***BAB 3***

***KERANGKA  
KONSEPTUAL***

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL**



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual



# ***BAB 4***

# ***METODE PENELITIAN***

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian ini adalah analisis dan perumusan kebijakan tentang perencanaan pengadaan dan distribusi SDM (dokter Puskesmas).

#### **4.2 Unit Analisis**

Unit analisis dalam penelitian ini adalah Pemerintah Kabupaten Tulungagung.

#### **4.3 Sumber Informasi dan Cara Pengambilannya**

Pemilihan sumber informasi dalam penelitian ini adalah pertama, para “administratur” yang ada di Kabupaten Tulungagung. Yang termasuk kelompok sumber informasi ini adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kabupaten Tulungagung dua orang, yaitu Kepala Bidang Perencanaan Sosial Budaya dan Kepala Bidang Penelitian Bappeda Kabupaten Tulungagung, Badan Kepegawaian Daerah (BKD) Kabupaten Tulungagung diwakili oleh Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan Pegawai BKD Kabupaten Tulungagung dan seorang wakil dari Komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung. Sumber informasi dari para “administratur” di tingkat Kabupaten Tulungagung ini diharapkan untuk mendapatkan informasi tentang berbagai kebijakan yang telah dilaksanakan dan perencanaan kebijakan yang akan datang dalam hal pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung.

Ke dua, para dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung. Dokter Puskesmas ini terdiri dari para dokter Puskesmas baik yang berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) maupun sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) dengan ketentuan bisa mewakili kelompoknya. Dokter Puskesmas yang terpilih dianggap mewakili keragaman geografis, masa kerja dan status dokter Puskesmas baik yang PNS maupun yang PTT yang masing – masing diwakili oleh seorang dokter. Responden dari para dokter Puskesmas untuk mengetahui dan mengakomodasi kebutuhan dan harapan para dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dalam rangka pelaksanaan desentralisasi, disamping itu supaya hasil penelitian ini lebih *aplicable* penerapannya di lapangan.

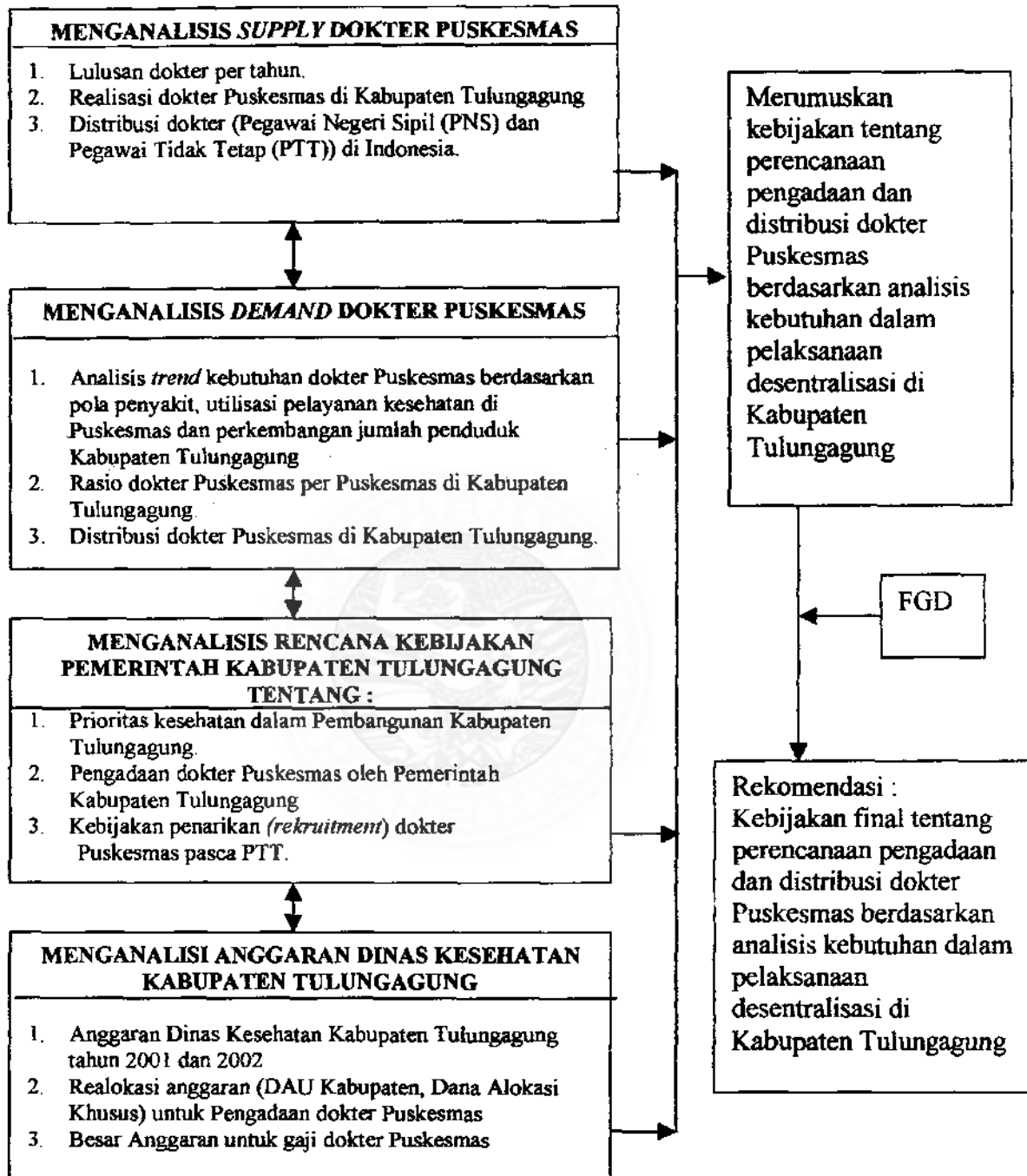
Ke tiga, sumber informasi juga berasal dari nara sumber akademisi pelayanan kesehatan Universitas Airlangga. Nara sumber ini dimaksudkan untuk mendapatkan saran dan masukan berbagai hal tentang kebijakan pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas di Indonesia maupun di daerah (Kabupaten Tulungagung).

Sementara itu, cara pengambilan informasi adalah pertama, data sekunder dengan penelusuran dokumen baik yang berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, Departemen Kesehatan RI maupun data yang ada di lintas sektor di Kabupaten Tulungagung. Ke dua, dengan *in depth interview*. Cara pengambilan informasi ini pada Badan Kepegawaian Daerah (BKD) Kabupaten Tulungagung, Bappeda Kabupaten Tulungagung dan Komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung. *In depth interview* dimaksudkan untuk menggali informasi berbagai hal tentang kebijakan dan perencanaan kebijakan di masa depan

tentang dokter Puskesmas dalam rangka pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung.

Ke tiga, dengan FGD (*Focus Group Discussion*). FGD ini melibatkan para “administratur” di tingkat Kabupaten Tulungagung, para dokter Puskesmas dan nara sumber dari akademisi pelayanan kesehatan Universitas Airlangga. FGD dimaksudkan untuk validasi perencanaan awal yang dibuat peneliti tentang perumusan kebijakan perencanaan pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dalam rangka pelaksanaan desentralisasi, berdasarkan informasi dari data sekunder dan *in depth interview*. Di samping itu, FGD juga digunakan untuk menyusun rekomendasi kebijakan final tentang perencanaan pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas berdasarkan analisis kebutuhan dalam pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung.

#### 4.4 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian

#### 4.5 Variabel Penelitian

Yang menjadi variabel dalam penelitian ini adalah :

1. *Supply* dokter Puskesmas.
2. *Demand* Kabupaten Tulungagung akan dokter Puskesmas.
3. Rencana kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung pada bidang kesehatan dalam rangka pelaksanaan desentralisasi.
4. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung
5. Kebijakan perencanaan pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas berdasarkan analisis kebutuhan dalam pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung.

#### 4.6 Definisi Operasional Variabel

1. *Supply* dokter Puskesmas, diukur berdasarkan :

- a. Lulusan dokter per tahun adalah banyaknya lulusan dokter di Indonesia, baik yang berasal dari perguruan tinggi negeri, swasta dan lulusan luar negeri per tahun. Data didapat dengan penelusuran dokumen atau literatur yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI. Jenis data adalah data sekunder. Hasil pengukuran adalah jumlah lulusan dokter per tahun.
- b. Realisasi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung adalah jumlah dokter Puskesmas yang sedang menjalani tugas sebagai dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung baik yang berstatus PNS maupun PTT. Data didapat melalui data sekunder dengan penelusuran dokumen pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Hasil pengukuran cukup bila seluruh Puskesmas di



Kabupaten Tulungagung minimal ada satu dokter Puskesmas, kurang apabila ada Puskesmas di Kabupaten Tulungagung yang tidak ada tenaga dokternya.

- c. Distribusi dokter di Indonesia adalah pola dan cara penyebaran serta dasar pertimbangan perencanaan yang digunakan dalam pendistribusian dokter baik yang berstatus PNS atau PTT yang ditempatkan di seluruh wilayah negara kesatuan RI yang dihitung dari jumlah dokter per wilayah. Data didapat melalui data sekunder dengan penelusuran dokumen pada Departemen Kesehatan RI. Hasil pengukuran adalah pola penyebaran dokter di Indonesia, yaitu merata bila tiap Puskesmas ada tenaga dokternya, tidak merata bila masih ada di Puskesmas tidak ada tenaga dokternya. Cara penyebaran *equity*, bila melibatkan dokter Puskesmas dan *inequity* bila dokter Puskesmas tidak diikuti sertakan dalam proses pendistribusian (penempatan). Dasar pertimbangan perencanaan *bottom up* bila pertimbangan dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Depkes RI dan *top down* bila pertimbangan hanya dari Depkes RI saja.

2. ***Demand Kabupaten Tulungagung akan dokter Puskesmas***, diukur berdasarkan :

- a. Analisis *trend* kebutuhan dokter Puskesmas berdasarkan pola penyakit, utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas dan perkembangan jumlah penduduk adalah *demand* dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung yang diukur berdasarkan pola penyakit tertentu (epidemiologi), pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilisasi) Puskesmas dan perkembangan jumlah penduduk (data demografi). Cara pengukuran pola penyakit adalah sesuai bila pola penyakit yang ada bisa

ditangani oleh dokter Puskesmas, tidak sesuai bila tidak dapat ditangani oleh dokter Puskesmas. Utilisasi Puskesmas diukur dengan jumlah kunjungan rawat jalan umum kurang dari 75 per hari per Puskesmas dibutuhkan satu dokter Puskesmas, bila lebih atau sama dengan 75 dibutuhkan dua orang dokter Puskesmas. Sedang perkembangan jumlah penduduk diukur untuk penduduk per kecamatan, kurang dari 30.000 dibutuhkan satu orang dokter Puskesmas, penduduk 30.000 – 60.000 dibutuhkan dua dokter Puskesmas dan lebih dari 60.000 dibutuhkan tiga orang dokter Puskesmas. Data didapat melalui data sekunder dengan penelusuran dokumen pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Data juga didapat dengan wawancara mendalam pada responden, untuk dianalisis kecenderungannya semakin rendah atau meningkat guna perencanaan kebutuhan dokter Puskesmas yang akan datang.

- b. Rasio dokter Puskesmas per Puskesmas adalah banyaknya dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dibandingkan dengan banyaknya Puskesmas se Kabupaten Tulungagung. Cara pengukuran adalah bernilai cukup bila rasionya minimal sama dengan satu, bernilai kurang bila rasio tersebut kurang dari satu. Data didapat melalui data sekunder dengan penelusuran dokumen pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Data juga didapat dengan wawancara mendalam pada responden.
- c. Distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung adalah bagaimana pola penyebaran, cara distribusi dan dasar pertimbangan perencanaan yang digunakan dalam pendistribusian dokter Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Hasil pengukuran adalah pola penyebaran merata bila tiap

Puskesmas minimal ada satu orang dokter Puskesmas, tidak merata bila masih ada Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya. Cara distribusi *equity* bila melibatkan dokter Puskesmas dalam proses pendistribusian dan *inequity* bila distribusi dokter Puskesmas hanya dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Dasar pertimbangan perencanaan distribusi diukur secara *top down* bila distribusi dokter Puskesmas berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung dan *bottom up* bila distribusi melibatkan dokter Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Data didapat dengan melalui data sekunder dengan penelusuran dokumen pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Data juga didapat dengan wawancara mendalam pada responden.

3. **Rencana kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung**, diukur berdasarkan:
  - a. Prioritas kesehatan dalam Pembangunan Kabupaten Tulungagung adalah prioritas pembangunan sektor kesehatan terhadap pembangunan secara keseluruhan di Kabupaten Tulungagung pada tahun 2001 dan 2002 dan kecenderungannya. Hasil pengukurannya adalah baik bila pembangunan kesehatan masuk dalam tiga besar dari seluruh sektor yang ada, nilai cukup bila masuk lima besar dan nilai kurang bila lebih dari rangking lima dalam prioritas pembangunan di Kabupaten Tulungagung. Data didapat dengan wawancara mendalam pada responden.
  - b. Pengadaan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung adalah rencana kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Tulungagung terhadap

pengadaan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dalam rangka pelaksanaan desentralisasi, kebijakan ini mulai perencanaan kebutuhan dan pengadaan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung. Hasil pengukuran adalah baik bila Pemerintah Kabupaten Tulungagung sudah ada kebijakan perencanaan kebutuhan dan pengadaan dokter Puskesmas, nilai cukup bila hanya ada salah satu dari kebijakan perencanaan kebutuhan atau pengadaan dokter Puskesmas dan nilai kurang bila belum ada kebijakan tentang dokter Puskesmas, baik dari aspek perencanaan kebutuhan maupun pengadaan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung. Data didapat dengan wawancara mendalam pada responden.

- c. Kebijakan penarikan (*rekrutment*) dokter Puskesmas pasca PTT adalah rencana kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung tentang penarikan (*rekrutment*) dokter Puskesmas pasca PTT untuk menjadi dokter Puskesmas dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. Hasil pengukuran adalah bernilai baik bila ada kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung dalam penarikan dokter pasca PTT untuk menjadi dokter Puskesmas, nilai cukup bila sudah ada perencanaan dari Pemerintah Kabupaten Tulungagung dalam penarikan dokter Puskesmas pasca PTT dan nilai kurang bila belum ada kebijakan baik perencanaan maupun pelaksanaan dalam penarikan dokter Puskesmas pasca PTT untuk menjadi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung. Data didapat dengan wawancara mendalam pada responden.

#### **4. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung**, diukur berdasarkan :

- a. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002 adalah jumlah anggaran yang diterima Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung selama tahun 2001 dan 2002 dari APBD Kabupaten Tulungagung. Hasil pengukuran adalah anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung nilainya optimal bila lebih atau sama dengan 15% APBD kabupaten dan ada anggaran untuk menggaji dokter Puskesmas. Nilai belum optimal bila jumlah anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung kurang dari 15% APBD dan tidak ada anggaran yang dapat digunakan untuk menggaji dokter Puskesmas. Data didapat melalui data sekunder dengan penelusuran dokumen pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Data juga didapat dengan wawancara mendalam pada responden untuk dianalisis tentang kecenderungannya.
- b. Realokasi anggaran (DAU Kabupaten, Dana Alokasi Khusus) untuk pengadaan dokter Puskesmas adalah kemungkinan adanya realokasi anggaran yang didapat Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung dari DAU Kabupaten atau Dana Alokasi Khusus untuk pengadaan dokter Puskesmas. Hasil pengukuran adalah baik bila ada realokasi dari sumber dana tersebut untuk pengadaan dokter Puskesmas, nilainya kurang bila realokasi dari sumber dana tersebut untuk pengadaan dokter Puskesmas tidak ada. Data didapat melalui data sekunder dengan penelusuran dokumen pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Data juga didapat dengan wawancara mendalam pada responden untuk dianalisis tentang kecenderungannya.

- c. Besar anggaran untuk gaji dokter Puskesmas adalah besarnya anggaran yang dialokasikan untuk tenaga dokter Puskesmas yang diterima oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung dari berbagai sumber anggaran. Hasil pengukuran adalah baik bila anggaran untuk gaji dokter Puskesmas ada, nilainya kurang bila alokasi anggaran untuk gaji dokter Puskesmas tidak ada. Data didapat melalui data sekunder dengan penelusuran dokumen pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Data juga didapat dengan wawancara mendalam pada responden untuk dianalisis tentang kecenderungannya.

#### 5. Merumuskan perencanaan dokter Puskesmas

Merumuskan perencanaan dokter Puskesmas adalah perumusan kebijakan tentang perencanaan pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas berdasarkan analisis *supply* dan *demand* serta rencana kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung juga anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung selama pelaksanaan desentralisasi. *Supply* dokter Puskesmas diukur dengan banyaknya *dropping* dokter Puskesmas dari Departemen Kesehatan RI, realisasi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dan distribusi dokter di Indonesia. *Demand* Kabupaten Tulungagung akan dokter Puskesmas diukur berdasarkan analisis kecenderungan pola penyakit, utilisasi Puskesmas, perkembangan jumlah penduduk dan rasio dokter Puskesmas terhadap jumlah Puskesmas serta distribusi dokter Puskesmas yang ada di Kabupaten Tulungagung. Pengadaan dokter Puskesmas diukur dengan adanya perencanaan dan pelaksanaan pengangkatan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung.

Sedang distribusi dokter Puskesmas diukur dari pola penyebaran, cara pendistribusian dan dasar pertimbangan perencanaan yang dipakai dalam mendistribusikan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung diukur dengan membandingkan antara anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung dengan APBD Kabupaten, kemungkinan realokasi anggaran (DAU kabupaten, Dana Alokasi Khusus) untuk pengadaan dokter Puskesmas dan jumlah anggaran untuk dokter Puskesmas. Data didapat dengan cara menggali melalui data sekunder dengan penelusuran dokumen, wawancara mendalam dan pelaksanaan FGD.

#### **4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Tulungagung dan waktu yang digunakan kurang lebih selama dua bulan, yaitu bulan Mei dan Juni 2002.

#### **4.8 Instrumen Penelitian**

Instrumen Penelitian yang digunakan adalah kuesioner terbuka yang ditujukan kepada Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Tulungagung, Bappeda Kabupaten Tulungagung dan DPRD Komisi E Kabupaten Tulungagung.

#### **4.9 Prosedur Pengumpulan Data**

1. Peneliti melakukan wawancara mendalam kepada Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Tulungagung, Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Tulungagung dan Komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung. Tujuannya untuk menggali informasi tentang kebijakan dan rencana kebijakan yang akan ditempuh dari para *decision maker* ini dalam rangka perencanaan

pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas berdasarkan analisis kebutuhan dalam rangka pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung.

2. Melakukan pengambilan data sekunder melalui penelusuran dokumen yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur maupun dari Departemen Kesehatan R I serta lintas sektor di Kabupaten Tulungagung. Tujuannya adalah untuk melengkapi data yang ada sebagai dasar bagi peneliti untuk membuat perencanaan awal tentang pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung.
3. Untuk mempertajam hasil penelitian, data juga diambil dari studi literatur dan berbagai tulisan atau penelitian tentang dokter Puskesmas sebelumnya. Berbagai pengumpulan data dalam penelitian ini kalau dibuatkan matrik adalah seperti tabel 4.1.



Tabel 4.1 Matrik resume pengumpulan data.

No	Variabel	Sasaran	Metode
A.	<b>Supply</b> dokter Puskesmas 1. Lulusan dokter per tahun 2. Realisasi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung. 3. Distribusi dokter (PNS dan PTT) di Indonesia	1. Depkes RI 2. BKD, Bappeda, DPRD 3. Dinkes Kab. Tulungagung	1. Penelusuran dokumen pada data sekunder 2. <i>Indepth Interview</i>
B	<b>Demand</b> dokter Puskesmas 1. Analisis <i>trend</i> kebutuhan dokter Puskesmas berdasarkan pola penyakit, utilisasi di Puskesmas dan perkembangan jumlah penduduk di Kabupaten Tulungagung 2. Rasio dokter Puskesmas per Puskesmas di Kabupaten Tulungagung 3. Distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung	1. BPS Kab. TA 2. Dinkes Kab. TA 3. BKD, Bappeda dan DPRD Kab. Tulungagung	1. Penelusuran dokumen. 2. <i>In depth interview</i>
C	Rencana kebijakan tenaga kesehatan di Kabupaten Tulungagung. 1. Prioritas kesehatan dalam pembangunan Kabupaten Tulungagung 2. Pengadaan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kab. Tulungagung 3. Kebijakan penarikan ( <i>rekrutment</i> ) dokter Puskesmas pasca PTT.	1. BKD, Bappeda dan DPRD Kab. Tulungagung	1. <i>In depth interview</i>
D	<b>Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung</b> 1. Anggaran Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung Tahun 2001 dan 2002 2. Kemungkinan realokasi (DAU Kabupaten, Dana Alokasi Khusus) untuk pengadaan dokter Puskesmas. 3. Besar Anggaran untuk dokter Puskesmas	1. Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung 2. BKD, Bappeda dan DPRD Kab. Tulungagung	1. <i>Indepth Interview</i> 2. Penelusuran Dokumen

#### 4.10 Teknik Analisis Data

Data yang terkumpul dari data sekunder dan hasil wawancara diperiksa terlebih dahulu untuk memastikan bahwa pertanyaan dari kuesioner sudah terjawab semua, data ini juga dilengkapi dengan hasil penelitian dokter Puskesmas sebelumnya. Kemudian peneliti melakukan analisis dan pengelompokan dari hasil jawaban responden untuk merumuskan kebijakan tentang perencanaan awal pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas berdasarkan analisis kebutuhan dalam rangka pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung serta untuk persiapan pelaksanaan FGD.

Tujuan FGD adalah untuk validasi perencanaan awal yang telah dibuat oleh peneliti. FGD dilakukan pada responden dari dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung yang bisa mewakili dokter PNS atau PTT, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung, BKD, Bappeda, Komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung dan akademisi pelayanan kesehatan Universitas Airlangga. Hasil akhir yang didapatkan merupakan perumusan kebijakan final tentang perencanaan pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas berdasarkan analisis kebutuhan dalam rangka pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung.



## ***BAB 5***

# ***HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN***

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 5.1 Gambaran Umum Penelitian

Penelitian ini akan membahas kebutuhan, pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas dalam rangka pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Tulungagung.

##### 5.1.1 Gambaran umum pelaksanaan penelitian.

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Tulungagung untuk melihat pelaksanaan disentralisasi di bidang kesehatan, khususnya dalam hal kebutuhan, pengadaan dan distribusi dokter puskesmas selama pelaksanaan otonomi daerah. Yang dilihat adalah kebutuhan dan keadaan dokter Puskesmas sekarang di Kabupaten Tulungagung serta rencana yang akan datang dari para *decition maker* dalam mengelola dokter Puskesmas ke depan.

Responden dalam penelitian ini adalah dari Badan Kepegawaian Daerah (BKD), Bappeda dan Komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung. Pada BKD diharapkan mendapatkan informasi tentang kebutuhan kepegawaian (termasuk dokter puskesmas) dalam hal *rekrutment*, distribusi dan rencana mengelola dokter Puskesmas di masa depan dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. Begitu juga di Bappeda Kabupaten Tulungagung diharapkan dapat mengetahui perencanaan pembangunan dalam hal kebijakan dan anggaran, khususnya kebijakan dan anggaran untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung. Sementara itu, dari komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung untuk mengetahui harapan dari masyarakat tentang keberadaan dan pelayanan dokter Puskesmas saat ini dan untuk masa yang akan

datang. Informasi dari Responden diperoleh dengan *indepth interview* dan diakhiri dengan *Focus Group Discussion* (FGD) bersama dengan nara sumber atau responden lainnya.

Kesulitan yang ditemukan peneliti dalam penelitian ini adalah para responden merupakan pejabat atau tokoh yang sibuk, sehingga untuk dapat mewancarai secara mendalam perlu membuat perjanjian dulu tentang waktu dan tempat dan biasanya tidak cukup sekali saja. Akibat dari ini semua adalah waktu penelitian menjadi agak lama.

Sedang kemudahan yang dirasakan peneliti, kebetulan peneliti bekerja dan dibesarkan di Kabupaten Tulungagung sehingga secara psikologis mudah dalam pendekatan ke responden karena beberapa dari responden sudah biasa ketemu dan berkoordinasi dalam pelaksanaan tugas sehari – hari.

### **5.1.2 Gambaran umum daerah penelitian**

Gambaran umum daerah penelitian di sini, meliputi letak geografis, kependudukan, situasi sumber daya kesehatan dan pelaksanaan otonomi daerah di Kabupaten Tulungagung.

#### **1. Letak Geografis**

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Tulungagung. Kabupaten Tulungagung terletak pada posisi  $111^{\circ} 43'$  sampai  $112^{\circ} 07'$  bujur timur dan  $7^{\circ} 51'$  sampai  $8^{\circ} 18'$  lintang selatan, dengan luas  $1.055,65 \text{ km}^2$ . Batas administrasi Pemerintah Kabupaten Tulungagung, di sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Kediri, sebelah timur dengan Kabupaten Blitar, sebelah selatan dengan Samudera

Indonesia dan sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Trenggalek (Kabupaten Tulungagung dalam angka, 2000)

## **2. Kependudukan**

Berdasarkan sensus penduduk tahun 2000, jumlah penduduk Kabupaten Tulungagung tahun 2001 ada 970.202 jiwa, terdiri dari laki – laki 481.511 jiwa dan perempuan 488.691 jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk 0,63% per tahun. Luas wilayah Kabupaten Tulungagung 1.055,65 km<sup>2</sup>, sehingga kepadatan penduduk sebesar 919 jiwa / km<sup>2</sup>. Jumlah kepala keluarga (KK) ada 241.494 yang terbagi dalam 19 Kecamatan dan 271 Desa dan Kelurahan (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002).

## **3. Situasi Sumber daya Kesehatan**

### **a. Sarana Kesehatan**

#### **1) Puskesmas dan Puskesmas pembantu**

Jumlah Puskesmas di Kabupaten Tulungagung tahun 2001 ada 28 buah yang tersebar dalam 19 Kecamatan dengan jumlah penduduk Kabupaten Tulungagung tahun 2001 ada 970.202 jiwa, sehingga rasio Puskesmas terhadap jumlah penduduk di Kabupaten Tulungagung tahun 2001 adalah 1 : 34.650, sedang jumlah Puskesmas pembantu yang ada di Kabupaten Tulungagung pada tahun 2001 ada 70 buah, yang berarti satu Puskesmas dibantu oleh 2,5 Puskesmas Pembantu dengan rasio Puskesmas pembantu terhadap Penduduk Kabupaten Tulungagung tahun 2001 adalah 1 : 13.860 (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002)

2) Fasilitas kesehatan menurut hak pemilikan.

a) Milik Pemerintah Kabupaten Tulungagung

- (1) Rumah sakit 1 buah dengan jumlah TT 172 buah.
- (2) Puskesmas ada 28 buah dengan Puskesmas Perawatan (Puskesmas Rawat Inap) sebanyak 9 dengan TT 93 buah.
- (3) Puskesmas pembantu ada 70 buah
- (4) Laboratorium klinik 1 buah

b) Milik Swasta

- (1) RSUD 1 buah dengan jumlah TT 74 buah
- (2) Praktek perorangan dokter 76 tempat, dokter gigi 32 tempat, pondok bersalin 180 tempat, tenaga KIA pembantu 83 orang, Bidan Desa 196, perawat lain 195 dan Dukun bayi 525 orang.

c) Milik Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung : Gudang Farmasi 1 buah.

d) Kepolisian : RSUD 1 buah dengan jumlah TT 50 buah (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002)

## b. Tenaga Kesehatan

Tabel 5.1 Kategori Tenaga Kesehatan di Kabupaten Tulungagung tahun 2001

No.	Jenis Tenaga	Jumlah	Rasio terhadap jumlah Penduduk
1.	Dokter Ahli	17	1 : 57.070
2.	Dokter Umum	59	1 : 16.444
3.	Dokter Gigi	32	1 : 30.319
4.	Apoteker	28	1 : 34.650
5.	Paramedis Perawatan (Bidan + Perawat)	495	1 : 1.960
6.	Tenaga Kesehatan lainnya.	516	1 : 1.880

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002

Tabel 5.2 Jumlah Dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung mulai tahun 1997 sampai tahun 2001

No	Tahun	Jumlah dokter Puskesmas
1.	1997	31
2.	1998	42
3.	1999	39
4.	2000	15
5.	2001	21

Sumber : Sub Dinas Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002

Dari tabel 5.2 di atas dapat disimpulkan ada kecenderungan jumlah dokter Puskesmas menurun di Kabupaten Tulungagung. Oleh karena itu perlu dipikirkan bagaimana cara yang tepat untuk menambah dokter Puskesmas, sehingga di masa mendatang tidak ada lagi Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya.



### c. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung

Tabel 5.3 Anggaran Rutin dan Pembangunan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 1997 sampai tahun 2001

No.	Uraian Anggaran	Jumlah Dana (dalam jutaan rupiah)				
		1997/ 1998	1998/ 1999	1999 / 2000	2000	2001
1.	Anggaran Rutin (Belanja Aparatur)	849,36	1.019,07	5.596,48	5.651,84	10.839,38
2.	Anggaran Pembangunan (Belanja Publik)	937,62	6.361,91	5.936,42	669,16	627,76
	Total Anggaran	1.786,98	7.380,98	11.532,90	6.321,00	11.467,14

Sumber : Sub Dinas Bina Program Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002

Kesimpulan yang dapat diperoleh dari tabel 5.3 di atas adalah adanya peningkatan anggaran rutin dan terjadinya penurunan anggaran pembangunan. Untuk *rekrutment* tenaga baru (termasuk dokter Puskesmas) yang berasal dari anggaran pembangunan masih sulit, sehingga dalam hal ini masih perlu anggaran dari sumber yang lain.

Tabel 5.4 Anggaran Pembangunan Berdasarkan Sumber Anggaran Dinas

Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 1997 sampai tahun 2001

No.	Uraian Anggaran	Jumlah Dana (dalam jutaan rupiah)				
		1997/ 1998	1998/ 1999	1999 / 2000	2000	2001
1.	APBN	365,75	3.766,48	3.774,31	590,50	82,52
2.	APBD I	11,75	81,15	11,98	8,66	1,20
3.	APBD II	78,51	100,70	-	70,00	-
4.	BLN / PLN	6,89	2.413,22	2.150,13	-	31,59
5.	DAU Kabupaten	-	-	-	-	400,00
6.	INPRES	474,72	-	-	-	-
7.	DAU Propensi	-	-	-	-	112,45
	Total Anggaran	937,62	6.361,91	5.936,42	669,16	627,76

Sumber : Sub Dinas Bina Program Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002.

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, terlihat ada kecenderungan penurunan anggaran baik yang bersumber dari APBN maupun APBD I, sedangkan anggaran dari APBD II

juga kecil. Kesimpulan yang dapat diperoleh adalah DAU kabupaten maupun provinsi tidak bisa menutupi dana dari APBN dan APBD I.

### **3. Pelaksanaan otonomi daerah di Kabupaten Tulungagung.**

Pelaksanaan otonomi daerah secara nasional dimulai sejak 1 Januari 2001. Di Kabupaten Tulungagung pelaksanaan otonomi daerah pada bidang kesehatan di tandai dengan diterbitkannya produk – produk hukum sebagai pedoman pelaksanaan, pelantikan pejabat dan persiapan sumber daya lainnya.

Produk hukum yang dimaksud adalah :

1. Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung nomor 7 tahun 2001, tanggal 1 Maret 2001, tentang pembentukan dan susunan organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung.
2. Keputusan Bupati Tulungagung nomor 124 tahun 2001, tanggal 27 Maret 2001, tentang petunjuk pelaksanaan peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung nomor 7 tahun 2001 tentang pembentukan dan susunan organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung.
3. Keputusan Bupati Tulungagung nomor 283 tahun 2001, tanggal 17 Mei 2001, tentang penetapan organisasi dan tata kerja Pelaksanaan Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung.

Sedang kebijakan tentang pengadaan dokter Puskesmas sampai saat ini masih belum ada, untuk itu *policy maker* yang ada di Kabupaten Tulungagung masih harus diberi informasi dan advokasi tentang pentingnya keberadaan dokter Puskesmas.

## **5.2 Karakteristik Responden**

### **5.2.1 Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Tulungagung**

Badan Kepegawaian Daerah (BKD) Kabupaten Tulungagung merupakan institusi baru, sebagai pelaksanaan Undang – Undang nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah dan bertugas mengurus masalah kepegawaian di daerah. Sebelum otonomi daerah, yang mengurus kepegawaian adalah Bagian Urusan Kepegawaian Pemerintah Daerah.

Dalam penelitian ini, yang mewakili BKD Kabupaten Tulungagung adalah Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan Pegawai Kabupaten Tulungagung. Informasi yang diperoleh peneliti di BKD disamping dengan *indepth interview* juga mendapat jawaban tertulis dari kuesioner yang telah diberikan.

### **5.2.2 Bappeda Kabupaten Tulungagung**

Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kabupaten Tulungagung merupakan instusi yang bertugas dalam perencanaan pembangunan di seluruh bidang pembangunan yang ada di Kabupaten Tulungagung termasuk bidang pembangunan kesehatan. Perencanaan pembangunan kesehatan yang di maksud dalam penelitian ini adalah perencanaan pengembangan sumber daya yang ada, mulai dari kebijakan yang ditempuh dalam pengembangan tenaga yang ada (dokter puskesmas), anggaran yang digunakan sampai kepada perencanaan pengembangan tenaga (dokter puskesmas) di masa depan.

*Indepth interview* di Bappeda Kabupaten Tulungagung di wakili oleh Kepala Bidang Perencanaan Sosial Budaya dan Kepala Bidang Penelitian Bappeda Kabupaten Tulungagung.

### **5.2.3 DPRD Kabupaten Tulungagung**

Untuk mengetahui harapan masyarakat terhadap kebutuhan pengadaan dan distribusi dokter puskesmas, penelitian di lakukan dengan responden DPRD Kabupaten Tulungagung. Komisi yang membidangi masalah kesehatan adalah komisi E, sehingga penelitian ini dilakukan pada Komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung.

Peneliti melaksanakan *indepth interview* dengan komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung sebanyak dua kali. Pertama, untuk menjelaskan tujuan penelitian dan maksud kuesioner, dari sembilan anggota komisi E, dalam diskusi ini diikuti tujuh anggota komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung. Ke dua, melakukan *indepth interview* pada anggota komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung dan diikuti anggota komisi E berjumlah tujuh orang juga. Disamping itu, peneliti juga mendapat jawaban tertulis dari kuesioner yang telah diberikan pada komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung.

Karakteristik responden ini kalau dibuatkan tabel dapat dilihat seperti pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Karakteristik Responden dalam *Indepth Interview*, Juni 2002

No	Instansi Asal	Jumlah	Jabatan
1.	Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Tulungagung	1	1. Kepala Badan Perencanaan dan Pengembangan Pegawai BKD Kabupaten Tulungagung
2	Bappeda Kabupaten Tulungagung	2	1. Kepala Bidang Perencanaan Sosial Budaya Kabupaten Tulungagung 2. Kepala Bidang Penelitian Bappeda Tulungagung
3	Komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung	7	1. Wakil Ketua 2. Sekretaris 3. 5 orang Anggota

Sumber : Data primer

### 5.3 Hasil *Indepth Interview*

#### 5.3.1 *Supply* dokter Puskesmas

Indikator yang dipakai dalam mengukur *supply* dokter Puskesmas adalah *supply* berdasarkan jumlah lulusan dokter per tahun di Indonesia, realisasi jumlah dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dan distribusi dokter di Indonesia.

#### 1. *Supply* berdasarkan jumlah lulusan dokter di Indonesia

##### a. Realisasi jumlah lulusan dokter di Indonesia

Yang diteliti dalam sub variabel ini adalah banyaknya lulusan dokter baru yang ada di Indonesia per tahun.

Tabel 5.6 Jumlah Lulusan Dokter di Indonesia per tahun mulai tahun 1994 – 1998

No.	Uraian	Tahun				
		1994	1995	1996	1997	1998
1.	Jumlah lulusan dokter	1.975	2.131	2.417	2.530	2.348

Sumber : Departemen Kesehatan RI tahun 2000

### b. Penilaian responden

Penilaian responden mengenai jumlah lulusan dokter di Indonesia per tahun dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut ini.

Tabel 5.7 Penilaian Responden tentang *Supply* Berdasarkan Jumlah Lulusan Dokter di Indonesia per tahun, Juni 2002.

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	Supply berdasarkan jumlah lulusan dokter per tahun di Indonesia	Cukup	Cukup	Belum cukup

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.7 di atas, menurut BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung *supply* dokter berdasarkan lulusan dokter per tahun sudah cukup, karena jumlah lulusan dokter baru di Indonesia sudah sekitar 2000 dokter per tahun dan yang diangkat sebagai dokter PTT hanya 60% saja. Sedang menurut DPRD kabupaten Tulungagung, *supply* dokter ini belum cukup, karena seperti yang ditulis di Jawa Pos 9 Juli 2002 ini, secara nasional jumlah Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya sekitar 40%.

Kesimpulan yang dapat dibuat oleh peneliti, *supply* dokter berdasarkan jumlah lulusan dokter per tahun di Indonesia sudah cukup karena jumlah lulusan dokter baru yang bisa diangkat menjadi dokter PTT hanya 60% nya saja dan semua dokter PTT menurut Keppres 37 tahun 1991 wajib menjadi dokter PTTselama masa bakti. Sedang kenyataannya, secara nasional masih banyak Puskesmas tanpa tenaga dokter karena

keterbatasan anggaran Pemerintah dalam mengangkat dokter PTT sehingga berakibat tidak semua Puskesmas mempunyai dokter Puskesmas. Pada pelayanan kesehatan, seperti yang dikatakan Rochmah (2001) bahwa *supply* lebih banyak ditentukan pada intern organisasi, misalnya produksi *provider*, manajemen sumber daya manusia yang mengatur SDM *provider*, hukum atau undang – undang yang mengatur *provider*, teknologi yang digunakan dan lain – lain. Dari masalah ini semua, perlu dibuat rencana yang lebih komprehensif dalam penataan dokter Puskesmas di daerah, terutama setelah pelaksanaan desentralisasi seperti saat ini.

## 2. Realisasi jumlah dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung

### a. Realisasi di Kabupaten Tulungagung

Di Kabupaten Tulungagung, kenyataan yang ada adalah banyaknya Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Jumlah Puskesmas di Kabupaten Tulungagung yang tidak ada Tenaga Dokternya selama tahun 2000 dan 2001

No.	Uraian	Tahun 2000			Tahun 2001		
		Juni	Nop	Des	Agust	Sept	Okt
1.	Banyaknya Puskesmas tanpa tenaga dokter.	7 (25%)	4 (14,29%)	4 (14,29%)	3 (10,71%)	11 (39,29%)	5 (17,86%)
2.	Jumlah Puskesmas	28 (100%)	28 (100%)	28 (100%)	28 (100%)	28 (100%)	28 (100%)

Sumber : Bagian Kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001

### b. Penilaian responden

Sedang penilaian responden mengenai sub variabel ini dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9 Penilaian Responden tentang Realisasi Jumlah Dokter di Kabupaten Tulungagung, Juni 2002.

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	Realisasi jumlah dokter di Kabupaten Tulungagung	Kurang	Kurang	Kurang

Sumber : Data primer

Berdasarkan pada tabel 5.9 di atas, sejumlah responden (BKD, Bappeda dan DPRD Kabupaten Tulungagung) menyatakan realisasi jumlah dokter di Kabupaten Tulungagung masih kurang. Menurut BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung, jumlah dokter di Kabupaten Tulungagung masih kurang karena dalam kenyataannya masih banyak Puskesmas di Kabupaten Tulungagung tanpa tenaga dokter, sedang menurut DPRD Kabupaten Tulungagung pada bulan Oktober 2001 masih ada 5 Puskesmas tanpa tenaga dokter.

Kesimpulan yang dapat diambil oleh peneliti, untuk realisasi jumlah dokter di Kabupaten Tulungagung masih kurang, karena dalam kenyataannya saat ini masih banyak Puskesmas di Kabupaten Tulungagung tanpa tenaga dokter, seperti data pada tabel 5.8 di atas.

### **3. Distribusi dokter di Indonesia**

#### **a. Realisasi distribusi dokter di Indonesia**

Distribusi dokter di Indonesia dapat dilihat seperti pada tabel 5.10.



Tabel 5.10 Distribusi Dokter di Indonesia (Dokter Puskesmas dan Rumah Sakit) baik yang Berstatus PTT dan PNS per Propinsi tahun 1999

NO	PROPINSI	DOKTER			JUMLAH PENDUDUK	RATIO DOKTER/ 100.000 PDDK
		PUSKESMAS	RUMAH SAKIT	JUMLAH		
1	D.I. ACEH	157	171	328	4.198.800	7,81
2	SUMUT	337	1.353	1.690	11.767.500	14,36
3	SUMBAR	74	387	461	4.572.000	10,08
4	RAIU	218	181	399	4.470.700	8,92
5	JAMBI	180	126	306	2.693.300	11,36
6	SUMSEL	252	425	677	7.958.500	8,92
7	BENGKULU	113	73	186	1.618.900	11,49
8	LAMPUNG	208	178	386	7.179.700	5,38
9	DKI JAKARTA	566	2.470	3.036	9.882.400	30,72
10	JABAR	1.479	1.739	3.218	42.490.300	7,57
11	JATENG	1.220	1.722	2.942	30.398.400	9,68
12	D.I. YOGYA	231	735	966	2.903.200	33,27
13	JATIM	1.341	2.077	3.418	34.776.100	9,63
14	BALI	218	628	846	2.987.000	28,32
15	NTB	62	126	188	3.862.300	4,87
16	NTT	130	113	243	3.809.700	6,38
17	KALBAR	81	97	178	3.972.700	4,48
18	KALTENG	105	97	202	1.835.800	11,00
19	KALSEL	100	119	219	3.141.900	6,97
20	KALTIM	162	246	408	2.744.200	14,87
21	SULUT	119	364	483	2.788.100	17,32
22	SULTENG	151	105	256	2.149.900	11,91
23	SULSEL	163	761	924	8.036.300	11,50
24	SULTRA	57	68	125	1.796.100	6,96
25	MALUKU	-	83	83	2.283.000	3,64
26	IRJA	46	134	180	2.217.200	8,12
INDONESIA		7.770	14.578	22.348	206.534.000	10,82

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2000

#### b. Penilaian responden

Menurut responden tentang distribusi dokter di Indonesia dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11 Penilaian Responden tentang Distribusi Dokter di Indonesia, Juni 2002

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	Distribusi dokter di Indonesia	Belum merata, <i>inequity</i> dan <i>top down</i>	Belum merata, <i>inequity</i> dan <i>top down</i>	Belum merata, <i>inequity</i> dan <i>top down</i>

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.11 di atas, seluruh responden menyatakan belum merata, *inequity* dan *top down*. Menurut BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung distribusi dokter di Indonesia belum merata, karena rasio dokter per 100.000 penduduk per propinsi di Indonesia masih belum merata. Distribusi ini juga *inequity*, menurut BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung karena belum bisa mengakomodasi dokter yang ingin di tempatkan pada daerah tertentu (Pulau Jawa). Distribusi ini menurut BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung juga *top down* karena belum semua usulan dari propinsi terhadap kebutuhan dokter terpenuhi. Sedang menurut DPRD Kabupaten Tulungagung, distribusi dokter di Indonesia belum merata, *inequity* dan *top down*, karena berdasarkan rasio dokter per 100.000 penduduk per propinsi belum merata.

Kesimpulan yang dapat dibuat oleh peneliti untuk sub variabel distribusi dokter di Indonesia adalah belum merata, karena pola penyebaran dokter Puskesmas berdasarkan rasio dokter per 100.000 penduduk per propinsi di Indonesia masih ada ketimpangan yang besar (Profil Kesehatan Indonesia tahun 2000). Distribusi dokter di Indonesia cara penyebarannya juga *inequity*, karena belum mengakomodasi keinginan dokter baru yang minta di tempatkan di kota – kota besar (pulau Jawa), karena dalam kenyataannya masih ada dokter baru yang tidak ingin ditempatkan di daerah terpencil atau sangat terpencil di luar Pulau Jawa. Hal ini sesuai dengan penelitian

Soemantri, dkk (1996) yang menyatakan, salah satu kelemahan kebijakan dokter PTT dalam pelaksanaannya adalah tidak dapat memecahkan masalah penempatan dokter PTT yang hanya bersedia bekerja di daerah tertentu saja. Di samping itu, distribusi dokter di Indonesia dasar pertimbangan perencanaan yang digunakan juga masih *top down*, karena belum semua usulan propinsi melalui Dinas Kesehatan Propinsi terhadap kebutuhan dokter terpenuhi. (tabel 5.10).

### 5.3.2 *Demand* dokter Puskesmas

#### 1. Berdasarkan sepuluh penyakit terbanyak (pola penyakit)

##### a. Realisasi sepuluh penyakit terbanyak pada Puskesmas di Kabupaten Tulungagung

Sepuluh penyakit terbanyak yang ada pada Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dapat mulai tahun 1997 sampai dengan tahun 2001 dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.12 Sepuluh Penyakit Terbanyak di Kabupaten Tulungagung tahun 1997-2001 untuk Penderita Rawat Jalan dan Semua Golongan Umur

1997			1998			1999			2000			2001		
Nama Penyakit	Penderita		Nama Penyakit	Penderita		Nama Penyakit	Penderita		Nama Penyakit	Penderita		Nama Penyakit	Penderita	
	Jml	%		Jml	%		Jml	%		Jml	%		Jml	%
1. Infeksi akut lain pada saluran Pernafasan bagian atas	84585	19,88	1. Infeksi akut lain pada saluran Pernafasan bagian atas	75761	16,54	1. Infeksi akut lain pada saluran Pernafasan bagian atas	102699	24,33	1. Infeksi akut lain pada saluran nafas bagian atas	87443	24,98	1. Infeksi akut lain pada saluran nafas bagian atas	82033	23,59
2. Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat.	37888	8,90	2. Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat.	31969	6,98	2. Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat.	35217	8,34	2. Penyakit lain pada saluran nafas bagian atas	29696	8,48	2. Penyakit lain pada saluran nafas bagian atas	32428	9,33
3. Penyakit lain pada saluran Pernafasan bagian atas.	33603	7,90	3. Penyakit kulit infeksi.	22854	4,99	3. Penyakit kulit infeksi.	28721	6,80	3. Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	27888	7,97	3. Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	28501	8,20
4. Penyakit kulit infeksi	28137	6,61	4. Penyakit lain pada saluran nafas bagian atas	19653	4,29	4. Penyakit lain pada saluran nafas bagian atas.	28497	6,75	4. Penyakit kulit infeksi	20793	5,94	4. Penyakit kulit infeksi	23164	6,66
5. Penyakit kulit alergi	19261	4,53	5. Diare	19062	4,16	5. Penyakit kulit alergi	24195	5,73	5. Penyakit kulit alergi	17417	4,98	5. Penyakit kulit alergi	18794	5,40
6. Gangguan neurotik	18420	4,33	6. Infeksi penyakit usus yang lain	14784	3,23	6. Diare	16784	3,98	6. Diare	13209	3,77	6. Diare	12960	3,73
7. Penyakit gusi dan jaringan periodental	17008	4,00	7. Gangguan neurotik	14594	3,19	7. Penyakit tekanan darah tinggi	15078	3,57	7. Penyakit tekanan darah tinggi	12628	3,61	7. Penyakit tekanan darah tinggi	12207	3,51

Dilanjutkan.....

Lanjutan .....

Nama Penyakit	1997		1998			1999			2000		2001			
	Penderita		Nama Penyakit	Penderita		Nama Penyakit	Penderita		Nama Penyakit	Penderita		Nama Penyakit	Penderita	
	Jml	%		Jml	%		Jml	%		Jml	%		Jml	%
8. Diare	15403	3,62	8. Penyakit kulit alergi	13925	3,04	8. Gangguan neurotik	13350	3,16	8. Penyakit mata lain - lain	10011	2,86	8. Penyakit mata lain - lain	10254	2,95
9. Penyakit tekanan darah tinggi	12575	2,85	9. Penyakit lainnya	13239	2,89	9. Gingivitis dan penyakit periodental	12668	3,00	9. Gangguan neurotik	9455	2,70	9. Gangguan neurotik	10152	2,92
10. Kelainan dentofasial termasuk moklusi	12249	2,88	10. Infeksi mastoid	12844	2,80	10. Gangguan gigi dan jaringan penyangga lain.	11853	2,81	10. Giggivitis dan penyakit perodental	8393	2,40	10. Kecelakaan dan ruda paksa	9380	2,70
Penyakit Lainnya	146110	34,33		185923	40,58		133064	31,52		113068	32,31		107847	31,02
Jumlah Total	425565	100		458184	100		422126	100		350001	100		347720	100

Sumber : Sub Dinas Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002.

### b. Penilaian responden

Penilaian responden mengenai *demand* dokter Puskesmas berdasarkan sepuluh penyakit terbanyak (pola penyakit) yang ada di Kabupaten Tulungagung dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut ini.

Tabel 5.13 Penilaian Responden tentang *Demand* Dokter Puskesmas Berdasarkan Sepuluh Penyakit Terbanyak (Pola Penyakit) di Kabupaten Tulungagung, Juni 2002

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	<i>Demand</i> dokter Puskesmas berdasarkan sepuluh penyakit terbanyak (pola penyakit)	Sesuai	Sesuai	Tidak sesuai

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.13 di atas, menurut BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung *demand* dokter puskesmas berdasarkan sepuluh penyakit terbanyak (pola penyakit) di Kabupaten Tulungagung sudah sesuai, karena dalam lima tahun terakhir, pola penyakit yang ada di Puskesmas relatif sama dan dapat di tangani oleh dokter Puskesmas (dokter umum). Sedang menurut DPRD Kabupaten Tulungagung, *demand* dokter Puskesmas berdasarkan pola penyakit yang ada di Puskesmas tidak sesuai, karena dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung belum mempunyai spesialisasi penyakit tertentu.

Kesimpulan yang dapat ditarik oleh peneliti adalah *demand* dokter Puskesmas berdasarkan sepuluh penyakit (pola penyakit) di Kabupaten Tulungagung tidak sesuai. Hal ini karena pola penyakit (data epidemiologi) yang ada di Puskesmas dengan asumsi KLB (kejadian luar biasa) yang ada dianggap sama ternyata ada kecenderungan peningkatan penyakit infeksi akut pada saluran pernafasan bagian atas. Pada tahun 1998 ada 16,54 % kasus, tahun 1999 24,33 %, tahun 2000 24,98 %

dan tahun 2001 ada 23,59 % kasus. Analisis kemungkinan yang bisa terjadi dalam hal ini adalah adanya peningkatan kesadaran masyarakat terhadap penyakit yang ada, sehingga kalau sakit cepat berobat ke Puskesmas. Kemungkinan lain adalah adanya penurunan pendapatan masyarakat (masalah ekonomi), sehingga masyarakat yang sakit berobat ke Puskesmas yang biayanya relatif murah atau bisa jadi adanya penyakit yang timbul akibat krisis ekonomi yang ada. Disamping itu ada juga kecenderungan peningkatan penyakit diare. Ini semua menandakan masih belum baiknya derajat kesehatan masyarakat. Masalah lain adalah terjadinya peningkatan penyakit degeneratif (Hipertensi) dalam lima tahun terakhir di Kabupaten Tulungagung.

Solusi yang bisa diusulkan dari masalah ini adalah dengan penambahan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dan kalau memungkinkan ada dokter Puskesmas yang disekolahkan dalam bidang spesialisasi yang nantinya dapat mengatasi berbagai penyakit di Puskesmas yang tidak dapat ditangani oleh dokter umum, dengan kata lain diperlukan tenaga profesional dalam mengatasi berbagai penyakit ini. Secara teori *demand* pada pelayanan kesehatan tidak semua bersifat elastis, artinya kalau *provider* di pelayanan kesehatan itu harus seorang dokter, tidak semua pelayanan kesehatan tersebut dapat diganti oleh perawat (Rochmah, 2001).

## **2. Berdasarkan utilisasi di Puskesmas**

### **a. Realisasi utilisasi Puskesmas di Kabupaten Tulungagung**

*Demand* dokter Puskesmas berdasarkan utilisasi di Puskesmas diukur dengan melihat kunjungan rawat jalan umum rata-rata per hari per Puskesmas di Kabupaten

Tulungagung dalam lima tahun terakhir, kemudian dibandingkan dengan standar yang berlaku. Yang dimaksud dengan utilisasi disini adalah seperti yang disampaikan oleh Supriyanto (2002) utilisasi adalah pelayanan yang telah diterima oleh pasien di Puskesmas atau pemberi pelayanan kesehatan (dokter Puskesmas).

Tabel 5.14 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Umum Rata-Rata per Hari per Puskesmas di Kabupaten Tulungagung tahun 1997 – 2001

No	Tahun	Kunjungan rawat jalan umum	Jumlah dokter Puskesmas	Jumlah Puskesmas	Kunjungan rawat jalan umum rata-rata per hari per Puskesmas	Kunjungan rawat jalan umum rata-rata per hari per Puskesmas yang ada dokternya.	Kunjungan rawat jalan umum rata-rata per hari per Puskesmas dengan tenaga non dokter
1.	1997	425.565	31	27	53	48	-
2.	1998	408.624	42	27	50	32	-
3.	1999	420.708	39	28	50	36	-
4.	2000	400.531	15	28	48	89	102
5.	2001	337.053	21	28	40	54	161

Sumber : Sub Dinas Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002

#### b. Penilaian responden

Penilaian responden tentang *demand* dokter Puskesmas berdasarkan utilisasi pada Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dapat dilihat pada tabel 5.15 di bawah ini.

Tabel 5.15 Penilaian Responden tentang *Demand* Dokter Puskesmas Berdasarkan Utilisasi pada Puskesmas di Kabupaten Tulungagung, Juni 2002

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	<i>Demand</i> dokter Puskesmas berdasarkan utilisasi pada Puskesmas di Kabupaten Tulungagung	Cukup	Cukup	Cukup

Sumber : Data primer



Dari tabel 5.15 di atas, menurut seluruh responden (BKD, Bappeda dan DPRD Kabupaten Tulungagung), *demand* dokter Puskesmas berdasarkan utilisasi pada Puskesmas di Kabupaten Tulungagung sudah cukup artinya tiap Puskesmas cukup dengan satu dokter Puskesmas, karena jumlah kunjungan rawat jalan umum di Puskesmas per hari sudah sesuai dari standar yang ada. Standar yang dimaksud adalah jumlah kunjungan rawat jalan umum Puskesmas yang kurang dari 75 orang per hari dibutuhkan satu dokter Puskesmas, sedang untuk kunjungan Puskesmas sama atau lebih dari 75 orang per hari dibutuhkan dua dokter Puskesmas.

Kesimpulan peneliti berbeda dengan responden bahwa *demand* dokter Puskesmas berdasarkan utilisasi pada Puskesmas di Kabupaten Tulungagung belum sesuai dengan standar yang ada, di mana untuk tahun 2000 kunjungan rawat jalan umum rata-rata per hari per Puskesmas yang ada dokternya ada 89. Hal ini berarti untuk tahun 2000 masih kekurangan dokter Puskesmas. Untuk tahun 2000 dan 2001 Puskesmas dengan tenaga non dokterpun mempunyai beban kerja yang besar. Tahun 2000 jumlah kunjungannya ada 102 dan tahun 2001 ada 161 orang per Puskesmas per hari. Ini semua membuktikan di Puskesmas membutuhkan tenaga dokter lebih dari satu dokter Puskesmas.

### **3. Berdasarkan perkembangan jumlah penduduk**

#### **a. Realisasi perkembangan jumlah penduduk di Kabupaten Tulungagung**

*Demand* dokter Puskesmas berdasarkan perkembangan jumlah penduduk diukur dengan melihat perbandingan antara jumlah dokter Puskesmas yang ada dengan jumlah penduduk yang dilayani.

Tabel 5.16 Jumlah Penduduk dan Dokter Puskesmas Kabupaten Tulungagung tahun 1997 – 2001

No	Tahun	Jumlah penduduk *)	Jumlah dokter Puskesmas **)	Ratio dokter Puskesmas per jumlah penduduk
1.	1997	941.796	31	1 : 30.381
2.	1998	947.790	42	1 : 22.566
3.	1999	955.113	39	1 : 24.490
4.	2000	964.127	15	1 : 64.275
5.	2001	971.378	21	1 : 46.256

Sumber : \*) BPS Kabupaten Tulungagung tahun 2002

\*\*) Sub Dinas Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002

### b. Penilaian responden

Sedang penilaian responden tentang *demand* dokter Puskesmas berdasarkan perkembangan jumlah penduduk, dapat dirangkum di tabel 5.17 berikut ini.

Tabel 5.17 Penilaian Responden tentang *Demand* Dokter Puskesmas Berdasarkan Perkembangan Jumlah Penduduk di Kabupaten Tulungagung, Juni 2002

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	<i>Demand</i> dokter Puskesmas berdasarkan perkembangan jumlah penduduk di Kabupaten Tulungagung	Kurang	Kurang	Kurang

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.17 di atas, menurut responden dari BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung, *demand* dokter Puskesmas berdasarkan perkembangan jumlah penduduk di Kabupaten Tulungagung masih kurang, karena jumlah dokter Puskesmas yang ada sudah tidak sesuai dengan perkembangan jumlah penduduk di Kabupaten Tulungagung. Sedang menurut DPRD Kabupaten Tulungagung, *demand* dokter Puskesmas ini kurang, karena ada kecenderungan satu dokter Puskesmas melayani penduduk lebih dari 30.000 jiwa.

Kesimpulan peneliti adalah sama dengan responden, dimana *demand* dokter Puskesmas berdasarkan perkembangan jumlah penduduk di Kabupaten Tulungagung

masih kurang, karena jumlah penduduk yang ada terus bertambah sedangkan jumlah dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung ada kecenderungan menurun. Di samping itu, standar yang dipakai selama ini adalah satu Puskesmas dengan satu dokter melayani penduduk per kecamatan kurang dari 30.000 jiwa, penduduk 30.000-60.000 jiwa dibutuhkan dua dokter Puskesmas dan lebih 60.000 jiwa dibutuhkan tiga dokter Puskesmas (Departemen Kesehatan RI, 1992).

#### **4. Berdasarkan rasio dokter Puskesmas dengan jumlah Puskesmas**

##### **a. Realisasi rasio dokter Puskesmas dengan jumlah Puskesmas di Kabupaten Tulungagung**

Disini yang diukur adalah perbandingan jumlah dokter Puskesmas yang ada di Kabupaten Tulungagung dengan banyaknya Puskesmas.

Tabel 5.18 Rasio Dokter Puskesmas dan Puskesmas di Kabupaten Tulungagung mulai tahun 1997 - 2001

No	Tahun	Jumlah Puskesmas	Jumlah dokter Puskesmas	Ratio dokter Puskesmas terhadap jumlah Puskesmas
1.	1997	27	31	1,15
2.	1998	27	42	1,56
3.	1999	28	39	1,39
4.	2000	28	15	0,54
5.	2001	28	21	0,75

Sumber : Sub Dinas Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002

##### **b. Penilaian responden**

Untuk sub variabel ini, penilaian para responden dapat dilihat pada tabel 5.19.

Tabel 5.19 Penilaian Responden tentang *Demand* Dokter Puskesmas Berdasarkan Rasio Dokter Puskesmas dengan Jumlah Puskesmas di Kabupaten Tulungagung, Juni 2002

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	<i>Demand</i> dokter Puskesmas berdasarkan rasio dokter Puskesmas dengan jumlah Puskesmas.	Kurang	Kurang	Kurang

Sumber : Data primer

Berdasarkan tabel 5.19 di atas, menurut BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung, *demand* dokter Puskesmas berdasarkan rasio dokter Puskesmas dengan jumlah Puskesmas masih kurang, karena jumlah Puskesmas masih lebih banyak dari pada jumlah dokternya. Sementara itu, menurut DPRD Kabupaten Tulungagung, *demand* dokter Puskesmas ini masih kurang, karena selama tahun 2001 masih ada Puskesmas yang tidak ada dokternya.

Kesimpulan yang dapat ditarik oleh peneliti adalah *demand* dokter Puskesmas berdasarkan rasio dokter Puskesmas terhadap jumlah Puskesmas di Kabupaten Tulungagung memang masih kurang, karena rasio dokter Puskesmas dengan jumlah Puskesmas di Kabupaten Tulungagung kurang dari satu. Normatifnya rasio ini adalah satu, artinya tiap Puskesmas minimal harus ada satu dokter Puskesmasnya.

##### 5. Distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung

Yang diukur dalam distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung adalah pola penyebaran, apakah distribusi dokter Puskesmas sudah merata, cara distribusi, apakah keberadaan dokter Puskesmas memang ada (*equity*) dan dasar pertimbangan perencanaan distribusi dokter Puskesmas ini apakah sudah sesuai dengan usulan dari bawah (*bottom up*) atau masih dari atas (*top down*). Pada hal,

kalau dilihat pada tabel 5.8 di depan, masih banyak Puskesmas di Kabupaten Tulungagung ini yang tidak mempunyai dokter Puskesmas.

Penilaian responden mengenai distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung dapat dilihat pada tabel 5.20 berikut ini.

Tabel 5.20 Penilaian Responden tentang Distribusi Dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung, Juni 2002

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	Distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung	Belum merata, <i>equity</i> dan sudah <i>bottom up</i>	Belum merata, <i>equity</i> dan sudah <i>bottom up</i>	Belum merata, <i>equity</i> dan sudah <i>bottom up</i>

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.20 di atas, menurut BKD Kabupaten Tulungagung, distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung belum merata, karena di Kabupaten Tulungagung memang masih kekurangan dokter Puskesmas. Disamping itu distribusi ini menurut BKD, Bappeda dan DPRD Kabupaten Tulungagung sudah *equity* dan *bottom up*, karena proses penempatan dokter Puskesmas di Puskesmas, dokter Puskesmas terlibat didalamnya. Sedang menurut Bappeda Kabupaten Tulungagung distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung belum merata, karena *dropping* dokter dari pusat (Depkes RI) masih kurang serta proses pergantian dokter Puskesmas yang PTT belum lancar. Sementara itu, menurut DPRD Kabupaten Tulungagung, distribusi dokter Puskesmas belum merata, karena tidak seimbangny jumlah dokter Puskesmas terhadap jumlah Puskesmas.

Kesimpulan yang dapat ditarik oleh peneliti dari distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung adalah pola penyebaran distribusi dokter Puskesmas masih belum merata, karena rasio dokter Puskesmas dengan Puskesmas masih kurang

dari satu dan proses pergantian dokter Puskesmas yang PTT belum lancar. Cara distribusi dokter Puskesmas ini sudah *equity* dan dasar pertimbangan perencanaan distribusi dokter Puskesmas sudah *bottom up*, karena dalam proses penempatan di Puskesmas dokter Puskesmas terlibat didalamnya. Kesimpulan lain dari tidak seimbangnya antara *supply* dan *demand* dokter Puskesmas, seperti yang disampaikan Azwar (1997) karena belum mantapnya kebijakan ketenagaan dokter di Indonesia.

### 5.3.3 Rencana Kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung

Secara teori, menurut Hill (1997) kebijakan terdiri dari, kebijakan untuk perencanaan yang akan datang (*analysis of policy*), kebijakan untuk meningkatkan kualitas dari kebijakan yang sudah ada (*analysis for policy*) dan campuran antara kebijakan saat ini dan yang akan datang. Kebijakan pemerintah Kabupaten Tulungagung saat ini tentang pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas masih belum ada, sehingga yang diteliti disini adalah rencana kebijakan pemerintah Kabupaten Tulungagung tentang kebutuhan, pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas untuk masa yang akan datang (*analysis of policy*).

Sedang menurut Reinke (1988) dalam perencanaan kesehatan tidak bisa lepas dari proses politik yang kadang-kadang justru bisa menghambat perencanaan kesehatan itu sendiri. Proses politik yang dimaksud adalah :

1. Perubahan yang telah direncanakan selalu tidak disukai oleh mereka (politikus) yang mendapat pengaruh yang merugikan.
2. Sudut pandang kesehatan para pembuat keputusan politikus cenderung tidak mencerminkan prioritas masyarakat.

3. Para politikus lebih memilih usaha penyembuhan yang terlihat, sementara para perencana melihat potensi pelayanan pencegahan.
4. Para politikus harus menghadapi cakrawala jangka pendek, sementara manfaat kesehatan cenderung terjadi lebih lambat.
5. Konflik bawaan antar daerah pemilihan selalu ada akan tetapi selalu berubah.

Indikator yang diukur dalam rencana kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung adalah prioritas bidang kesehatan di Kabupaten Tulungagung, pengangkatan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung dan pengangkatan dokter Puskesmas pasca PTT menjadi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung.

### 1. Prioritas Bidang Kesehatan di Kabupaten Tulungagung

Menurut responden, prioritas bidang kesehatan di Kabupaten Tulungagung dapat dilihat pada tabel 5.21 berikut ini.

Tabel 5.21 Penilaian Responden tentang Prioritas Bidang Kesehatan di Kabupaten Tulungagung, Juni 2002

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	Prioritas bidang kesehatan di Kabupaten Tulungagung	Termasuk bidang prioritas (baik)	Termasuk bidang prioritas (baik)	Belum masuk bidang prioritas (kurang)

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.21 di atas, menurut BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung, bidang kesehatan termasuk bidang prioritas nilainya baik, karena dalam pembangunan di Kabupaten Tulungagung bidang kesehatan masuk bidang kesejahteraan masyarakat yang merupakan prioritas utama dalam visi pembangunan

Kabupaten Tulungagung. Sedang menurut DPRD Kabupaten Tulungagung, bidang kesehatan belum termasuk bidang prioritas nilainya kurang, karena anggaran bidang kesehatan masih belum mencapai batas minimal 15 % dari APBD Kabupaten Tulungagung, sesuai dengan kesepakatan pertemuan nasional Bupati dan Wali Kota se – Indonesia dalam rangka desentralisasi di bidang kesehatan di Jakarta, tanggal 28 Juli 2000.

Kesimpulan yang dapat diambil oleh peneliti adalah bahwa bidang kesehatan sudah masuk bidang prioritas artinya nilainya baik, karena dalam pembangunan di Kabupaten Tulungagung, meskipun dari sisi anggaran bidang kesehatan (Dinas Kesehatan + RSUD) pada tahun 2001 masih 6,988 % dari total APBD dan tahun 2002 hanya 7,40 % dari total APBD Kabupaten Tulungagung, tetapi dalam bidang pembangunan kesejahteraan masyarakat, bidang kesehatan masuk rengking ke dua setelah bidang pendidikan.

## **2. Pengadaan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung**

Yang dimaksud pengadaan dokter Puskesmas disini adalah penarikan (*rekrutment*) dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung sebagai implementasi Undang-Undang Nomor 22 dan 25 tahun 1999 serta PP Nomer 25 tahun 2000. Hal ini sesuai dengan definisi *rekrutment* yang disampaikan Nawawi (2000) dimana *rekrutment* diartikan sebagai proses mendapatkan sejumlah calon tenaga kerja yang *qualified* untuk jabatan atau pekerjaan utama dilingkungan suatu organisasi atau perusahaan.



Metode *rekrutment* untuk tenaga dokter Puskesmas yang dapat diangkat sebagai PNS (Pegawai Negeri Sipil), menurut Simamora (1999) dapat dengan metode maklumat pekerjaan (*Job Posting*), dimana pada metode ini pemerintah kabupaten atau pemerintah pusat mengumumkan kepada calon pegawainya tentang adanya lowongan pekerjaan melalui buletin, publikasi organisasi atau surat edaran. Sedang untuk pegawai dengan status pegawai kontrak atau pegawai tidak tetap (PTT) menurut Handoko (2000) *rekrutment* dapat dengan metode *leasing*. Metode *leasing* ini digunakan untuk kebutuhan organisasi jangka pendek karena keterbatasan sumber daya (anggaran) dari organisasi.

Menurut responden, pengadaan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung dapat dilihat pada tabel 5.22 berikut ini.

Tabel 5.22 Penilaian Responden tentang Pengadaan Dokter Puskesmas Oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung, Juni 2002

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	Pengadaan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung.	Kurang	Kurang	Kurang

Sumber : Data primer

Menurut tabel 5.22 diatas, responden dari BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung, menyatakan pengadaan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten kurang, karena perencanaan dan pengadaan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung masih belum ada, hal ini disebabkan karena keterbatasan kemampuan Pemerintah Kabupaten Tulungagung. Sedang dari DPRD Kabupaten Tulungagung pengadaan dokter Puskesmas ini kurang, karena anggaran Pemerintah Kabupaten

Tulungagung yang terbatas, pada hal dokter Puskesmas masih sangat dibutuhkan di Kabupaten Tulungagung.

Kesimpulan peneliti adalah pengadaan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung adalah kurang, karena kebijakan perencanaan kebutuhan dan pengadaan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung belum ada, di samping oleh karena *dropping* dokter Puskesmas dari Departemen Kesehatan RI masih belum sesuai dengan kebutuhan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung.

### 3. Penarikan (*rekrutment*) dokter Puskesmas pasca PTT menjadi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung

Yang diteliti dalam sub variabel ini adalah dengan menggali penilaian responden tentang penarikan dokter Puskesmas pasca PTT di Kabupaten Tulungagung yang kemudian diangkat oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung sebagai dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung. Kalau dikompilasi penilaian responden tersebut dapat dilihat pada tabel 5.23 di bawah ini.

Tabel 5.23 Penilaian Responden tentang Penarikan Dokter Puskesmas Pasca PTT menjadi Dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung, Juni 2002

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	Penarikan dokter Puskesmas pasca PTT menjadi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung.	Kurang	Kurang	Kurang

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.23 di atas, menurut BKD dan Bappeda Kabupaten Tulungagung penarikan dokter Puskesmas pasca PTT menjadi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung adalah kurang, karena keterbatasan kemampuan Pemerintah Kabupaten Tulungagung sehingga kebijakan baik perencanaan maupun penerikan dokter

Puskesmas pasca PTT menjadi dokter Puskesmas di kabupaten Tulungagung belum ada. Sedang menurut DPRD Kabupaten Tulungagung penarikan dokter Puskesmas pasca PTT ini juga kurang dan diharapkan kebijakan perencanaan dan penarikan dokter pasca PTT menjadi dokter Puskesmas di kabupaten Tulungagung ada untuk mencukupi kebutuhan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung.

Kesimpulan yang dapat diambil oleh peneliti, penarikan dokter Puskesmas pasca PTT menjadi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung adalah kurang, karena dalam kenyataannya kebijakan tentang perencanaan dan penarikan dokter pasca PTT menjadi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung tidak ada. Seandainya di masa depan kebijakan ini ada, diharapkan *rekrutment* diprioritaskan pada dokter Puskesmas yang telah menjalani masa bakti di Kabupaten Tulungagung. Hal ini karena selama menjalani masa bakti di Kabupaten Tulungagung dokter Puskesmas tersebut sudah diketahui kinerjanya dan di Kabupaten Tulungagung masih kekurangan tenaga dokter Puskesmas.

#### **5.3.4 Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung**

Indikator yang dapat diukur dalam variabel ini adalah anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002, realokasi anggaran (DAU Kabupaten, Dana Alokasi Khusus) untuk pengangkatan dokter Puskesmas dan besar anggaran untuk gaji dokter Puskesmas.

## 1. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002

### a. Realisasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002

Selama pelaksanaan otonomi daerah, yaitu tahun 2001 dan 2002, anggaran yang diterima dari sektor kesehatan (Dinas Kesehatan dari RSUD) dapat dilihat pada tabel 5.24 di bawah ini.

Tabel 5.24 Anggaran Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002

Jenis Anggaran	2001 (Setelah PAK)	2002
<b>A. Rutin</b>	18.228.520.000,00	20.349.105.500,00
1. Dinas Kesehatan	10.839.379.000,00	11.555.610.500,00
2. RSUD	7.389.141.000,00	8.793.495.000,00
<b>B. Pembangunan</b>	794.548.820,32	1.490.000.000,00
1. Dinas Kesehatan	400.000.000,00	500.000.000,00
2. RSUD	264.548.820,32	750.000.000,00
3. Dinas lain	130.000.000,00 *)	240.000.000,00 **)
<b>C. Total Dinas Kesehatan</b>	11.239.379.000,00	12.055.610.500,00
<b>Total RSUD</b>	7.653.689.820,32	9.543.495.000,00
<b>Total Dinas lain</b>	130.000.000,00	240.000.000,00
<b>Total Dinas Kes + Dinas lain</b>	11.369.379.000,00	12.295.610.500,00
<b>Total Kesehatan</b>	19.023.068.820,32	21.839.105.500,00
<b>D. Total APBD</b>	272.236.469.242,24	295.306.637.868,98
1. Rutin	227.958.899.088,92	243.964.699.883,98
2. Pembangunan	44.277.570.153,32	51.341.937.985,00
<b>E. 1. Persentasi total Dinas Kesehatan terhadap total APBD</b>	4,129 %	4,082 %
<b>2. Persentasi total Dinas kesehatan + Dinas lain terhadap total APBD</b>	4,176 %	4,164 %
<b>3. Persentasi total Kesehatan terhadap total APBD</b>	6,988 %	7,400 %

Sumber : Sub Dinas Bina Program Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2002.

\*) Bappeda, PUPPW dan Deparindag Kabupaten Tulungagung

\*\*\*) Bappeda, Deparindag dan Perekonomian Pemerintah Kabupaten Tulungagung

### a. Penilaian responden

Menurut responden, anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002 dapat dilihat pada tabel 5.25 berikut ini.

Tabel 5.25 Penilaian Responden tentang Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002, Juni 2002

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002	Sudah optimal	Belum optimal	Belum optimal

Sumber : Data primer

Berdasarkan tabel 5.25 di atas, menurut responden dari BKD Kabupaten Tulungagung, anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung sudah optimal, karena pembangunan fisik sarana kesehatan sudah dilaksanakan oleh Dinas PUPPW. Sedang menurut Bappeda Kabupaten Tulungagung, anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002 ini belum optimal, karena keterbatasan anggaran yang ada di Kabupaten Tulungagung, menurut DPRD Kabupaten Tulungagung, anggaran Dinas Kesehatan ini belum optimal, karena memang prosentase anggaran untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung masih kecil.

Kesimpulan yang diambil oleh peneliti adalah anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung masih belum optimal. Hal ini karena, pertama alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung untuk tahun 2001 hanya 4,129 % dari APBD Kabupaten dan tahun 2002 ada 4,082 % dari APBD Kabupaten Tulungagung. Kedua, selama tahun 2001 ada perbaikan fisik sarana kesehatan berupa perbaikan Gudang Farmasi yang dilaksanakan oleh Dinas PUPPW dengan anggaran

Rp. 50.000.000,00 atau hanya 0,018 % dari APBD Kabupaten, sedang tahun 2002 pembangunan fisik di Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tak ada.

Kesimpulan lain adalah karena keterbatasan anggaran yang ada pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung, program kesehatan yang ada tidak ada pilihan lain kecuali mengikuti jumlah anggaran yang ada. Pada hal secara teori, yang benar adalah seharusnya anggaran yang mengikuti program kesehatan yang ada.

## 2. Realokasi anggaran (DAU Kabupaten, Dana Alokasi Khusus) untuk pengadaan dokter Puskesmas

Mengenai realokasi anggaran untuk pengadaan dokter Puskesmas, penilaian responden dapat dirangkum pada tabel 5.26 di bawah ini.

Tabel 5.26 Penilaian Responden tentang Realokasi Anggaran (DAU Kabupaten, Dana Alokasi Khusus) Untuk Pengadaan Dokter Puskesmas, Juni 2002.

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	Realokasi Anggaran (DAU Kabupaten, Dana Alokasi Khusus) untuk pengadaan dokter Puskesmas.	Tidak tahu	Kurang	Memungkinkan

Sumber : Data primer

Dari tabel 5.26 di atas, menurut BKD Kabupaten Tulungagung tentang realokasi anggaran untuk pengadaan dokter Puskesmas menyatakan tidak tahu. Sedang dari responden Bappeda Kabupaten Tulungagung, realokasi anggaran untuk pengadaan dokter Puskesmas nilainya kurang, karena pertama, dana alokasi khusus (reboisasi dan non reboisasi) di Kabupaten Tulungagung sekarang tidak ada. Ke dua, Anggaran DAU Kabupaten untuk pengadaan dokter Puskesmas dokter Puskesmas belum memungkinkan, karena minimnya DAU Kabupaten Tulungagung yang

diterima. Sedang menurut DPRD Kabupaten Tulungagung, realokasi anggaran ini masih memungkinkan, karena DAU Kabupaten Tulungagung yang masih kecil sehingga untuk pengadaan dokter Puskesmas dapat diambilkan dari sumber anggaran yang lain, misalnya dari Dana Alokasi Khusus.

Kesimpulan yang dapat diambil oleh peneliti tentang realokasi anggaran untuk pengadaan dokter Puskesmas saat ini nilainya masih kurang, karena pertama, anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung dari APBD Kabupaten Tulungagung masih kecil sehingga belum bisa mengalokasikan anggaran untuk *rekrutment* dokter Puskesmas. Kedua, belum maksimalnya *political will* dari *policy maker* ditingkat Kabupaten dalam *rekrutment* dokter Puskesmas, hal ini dapat dilihat dari kebijakan pengadaan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung yang sampai saat ini masih belum ada.

### **3. Besar anggaran untuk gaji dokter Puskesmas**

Masalah gaji ini, menurut Pearce dan Robinson (1996) dalam menyusun struktur sistem imbalan atau kompensasi yang efektif berpedoman pada beberapa hal, antara lain :

1. Meningkatkan imbalan secara erat dengan rencana strategis.
2. Menggunakan insentif variabel dan menjadikan mereka bagian penting dalam menyusun kompensasi setiap karyawan.
3. Imbalan dan insentif harus terkait dengan pekerjaan seseorang dan hasilnya yang memang dalam kendali orang tersebut.

4. Berilah imbalan berdasarkan prestasi dan peran bagi keberhasilan bukan berdasarkan posisi dalam hirarki.
5. Beri imbalan bagi setiap orang dan bersikap peka terhadap perbedaan antara bagian atas dan bawah organisasi.
6. Adil, akurat dan informatif
7. Berilah imbalan secara layak bila berhasil, minimal jika tidak.
8. Jangan meremehkan nilai lingkungan yang menyenangkan dan memotivasi.
9. Terbuka untuk mengubah sistem imbalan.

Sementara itu, menurut Peterson dan Plowman dalam Hasibuan (2000) tujuan kompensasi bagi karyawan adalah untuk :

1. *The desire to live* (keinginan untuk hidup, misal : makan)
2. *The desire for possession* (keinginan untuk memiliki sesuatu)
3. *The desire for power* (keinginan akan kekuasaan)
4. *The desire for recognition* (keinginan akan pengakuan)

Penilaian responden mengenai besar anggaran untuk gaji dokter Puskesmas dapat dilihat pada tabel 5.27 berikut ini.

Tabel 5.27 Penilaian Responden tentang Besar Anggaran untuk Gaji Dokter Puskesmas

No	Sub Variabel	Responden		
		BKD	BAPPEDA	DPRD
1.	Besar anggaran untuk gaji dokter Puskesmas	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu

Sumber : Data primer

Menurut seluruh responden (BKD, Bappeda dan DPRD Kabupaten Tulungagung), berapa besar anggaran untuk gaji dokter Puskesmas menyatakan tidak tahu. Sedang menurut peneliti, gaji dokter Puskesmas yang diangkat Pemerintah



Kabupaten Tulungagung minimal sama dengan gaji dokter Puskesmas yang berstatus dokter PTT dan lebih baik lagi kalau ditambah dengan kompensasi yang lain, misalnya menempati rumah dinas dan lain - lain.

#### **5.4 Hasil FGD (*Focus Group Discussion*)**

FGD dilaksanakan di ruang pertemuan Bappeda Kabupaten Tulungagung pada tanggal 15 Agustus 2002. Peserta FGD adalah akademisi pelayanan kesehatan dari Universitas Airlangga, pelaksana kebijakan di Kabupaten Tulungagung yang terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung, Badan Kepegawaian Daerah (BKD), Bappeda Kabupaten dan Komisi E DPRD Kabupaten Tulungagung serta dokter Puskesmas baik yang berstatus PTT (Pegawai Tidak Tetap) maupun yang PNS (Pegawai Negeri Sipil).

Setelah melalui diskusi terarah yang cukup lama, hasil diskusi yang diperoleh adalah sebagai berikut.

##### **5.4.1 *Supply* dokter Puskesmas**

*Supply* dokter Puskesmas adalah *dropping* dokter Puskesmas yang dapat berasal dari Pemerintah Pusat (Departemen Kesehatan RI), dalam era desentralisasi seperti saat ini, sesuai Undang-Undang Nomor 22 dan 25 tahun 1999 pemerintah daerah juga mempunyai kewenangan dalam *dropping* pegawainya sendiri (termasuk dokter Puskesmas). Selama ini *supply* dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung masih hanya berasal dari pemerintah pusat saja.

*Supply* dokter Puskesmas diukur dengan indikator :

**1. *Supply* berdasarkan jumlah lulusan dokter per tahun di Indonesia.**

Berdasarkan hasil diskusi terarah disepakati bahwa *supply* berdasarkan jumlah lulusan dokter per tahun di Indonesia sudah cukup. Karena jumlah lulusan dokter baru tiap tahun sudah lebih dari 2000 dokter, sedang yang bisa diangkat sebagai dokter PTT hanya 60% saja per tahun (tabel 5.6).

**2. Realisasi jumlah dokter di Kabupaten Tulungagung**

Pada diskusi terarah itu terungkap bahwa realisasi jumlah dokter di Kabupaten Tulungagung masih kurang, karena selama tahun 2000 dan 2001 masih banyak Puskesmas di Kabupaten Tulungagung yang tidak ada tenaga dokternya (tabel 5.8).

**3. Distribusi dokter di Indonesia**

Distribusi dokter di Indonesia masih belum merata, *inequity* dan belum *bottom up*. Hal ini terjadi karena rasio dokter per 100.000 penduduk per propinsi di Indonesia masih ada ketimpangan yang besar (Profil Kesehatan Indonesia tahun 2000)

Rekomendasi yang disarankan untuk variabel ini adalah keberadaan dokter Puskesmas di Puskesmas merupakan masalah strategis dalam meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan di masyarakat, sehingga kontinuitas dan distribusi yang merata di daerah (Kabupaten Tulungagung) perlu tetap dipertahankan.

### 5.4.2 *Demand* dokter Puskesmas

*Demand* dokter Puskesmas yang dimaksud disini adalah permintaan terhadap kebutuhan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung. *Demand* dokter Puskesmas diukur dengan beberapa indikator antara lain:

#### 1. Berdasarkan pola penyakit

Pada sub variabel ini, *demand* terhadap dokter Puskesmas diukur dengan menganalisis sepuluh penyakit terbanyak di Puskesmas selama lima tahun terakhir (1997-2001). Dari hasil diskusi terarah ternyata *demand* dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung masih belum sesuai dengan data epidemiologi. Hal ini karena pertama, penyakit infeksi di Puskesmas ada kecenderungan meningkat baik secara kuantitatif maupun peringkatnya (penyakit infeksi akut lain pada saluran pernafasan bagian atas dan diare). Data ini menunjukkan bahwa derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Tulungagung masih belum baik. Kedua, penyakit degeneratif (hipertensi) mulai banyak di Puskesmas dan cenderung meningkat peringkatnya (tabel 5. 12).

Kesimpulan dari uraian di atas adalah di Puskesmas perlu tenaga kesehatan yang profesional yang sesuai dengan kapabilitasnya sehingga mampu mengatasi banyaknya penyakit infeksi dan degeneratif yang ada.

#### 2. Berdasarkan utilisasi di Puskesmas

*Demand* dokter Puskesmas diukur dengan pemanfaatan tempat pelayanan (utilisasi) di Puskesmas, ternyata jumlah dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung masih kurang terutama untuk tahun 2000. Di mana pada tahun 2000 jumlah dokter Puskesmas hanya ada 15 dengan jumlah Puskesmas ada 28 dengan kunjungan rawat jalan umum rata-rata per hari per Puskesmas yang ada tenaga

dokternya ada 89 orang, sedangkan tahun 2000 dan 2001 Puskesmas yang dilayani oleh tenaga non dokter jumlah kunjungannya ada 102 orang dan 161 orang (tabel 5.14). Ini semua menandakan di Puskesmas Kabupaten Tulungagung masih kekurangan tenaga dokter Puskesmas.

Sementara itu, standar yang dipakai adalah kunjungan rawat jalan umum per hari per Puskesmas yang kurang dari 75 diperlukan satu dokter Puskesmas, sedang bila kunjungan rawat jalan umum per hari per Puskesmas  $\geq 75$  orang diperlukan dua dokter Puskesmas.

### **3. Berdasarkan perkembangan jumlah penduduk**

*Demand* dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung diukur dengan perkembangan jumlah penduduk ternyata masih kurang. Hal ini terjadi karena rasio dokter Puskesmas terhadap jumlah penduduk masih lebih dari 30.000 jiwa, disamping itu *trend* jumlah penduduk yang terus meningkat sedang untuk dokter Puskesmas cenderung menurun jumlahnya (tabel 5.16).

### **4. Berdasarkan rasio dokter Puskesmas terhadap jumlah Puskesmas.**

Hasil diskusi terarah menyepakati bahwa *demand* dokter Puskesmas berdasarkan rasio dokter Puskesmas terhadap jumlah Puskesmas masih kurang. Hal ini karena pada tahun 2000 dan 2001 rasio dokter Puskesmas terhadap jumlah Puskesmas kurang dari satu, artinya di Puskesmas masih ada yang tidak ada tenaga dokternya (tabel 5.18).

## 5. Berdasarkan distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung

*Demand* dokter Puskesmas berdasarkan distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung pada diskusi terarah menyimpulkan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung belum merata, karena memang masih banyak Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya. Disamping itu distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung sudah *equity* dan *bottom up*, karena dalam proses penempatan di Puskesmas, dokter Puskesmas terlibat di dalamnya.

Dari berbagai indikator *demand* dokter Puskesmas tersebut, diskusi terarah merekomendasikan supaya Pemerintah Kabupaten Tulungagung mulai memikirkan, merencanakan dan merealisasikan adanya *rekrutment* (pengadaan) dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung. Cara *rekrutment* ini dapat menggunakan berbagai alternatif antara lain:

1. Mengikuti Prosedur Tetap dari BKD Kabupaten Tulungagung melalui tenaga honorer (honda), di mana dokter Puskesmas di gaji pokok Rp. 100.000,- per bulan, sedang tunjangan operasional dokter Puskesmas dari sumber dana lain.
2. Meminta tambahan tenaga dokter Puskesmas ke pemerintah pusat (Departemen Kesehatan RI) baik dokter Puskesmas yang berstatus PTT maupun PNS (DPK).
3. Efisiensi anggaran Dinas Kesehatan kabupaten Tulungagung dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung membuat prioritas dalam perencanaan anggaran sehingga pengadaan dokter Puskesmas masuk dalam prioritas pembangunann kesehatan di Kabupaten Tulungagung.

4. Advokasi dan negosiasi program kesehatan di Kabupaten Tulungagung yang bisa digunakan untuk pengadaan dokter Puskesmas, misalnya melalui program JPKM, Puskesmas Swadana dan lain – lain.
5. Sumber dana lain yang bisa digunakan untuk pengadaan dokter Puskesmas, misalnya dari APBD Kabupaten Tulungagung.

#### **5.4.3 Rencana Kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung.**

Rencana kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung diukur dengan:

##### **1. Prioritas bidang Kesehatan di Kabupaten Tulungagung**

Dari diskusi terarah dapat disimpulkan bahwa bidang kesehatan termasuk bidang prioritas setelah bidang pendidikan dalam pembangunan secara keseluruhan di Kabupaten Tulungagung. Hal ini terjadi, karena bidang kesehatan masuk bidang kesejahteraan masyarakat yang merupakan prioritas utama dalam visi pembangunan di Kabupaten Tulungagung.

##### **2. Pengadaan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung**

Seluruh peserta dalam diskusi terarah sepakat bahwa pengadaan dokter Puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung adalah perlu, karena memang dalam kenyataannya dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung masih kurang, tetapi tetap harus mengingat kemampuan yang ada pada Pemerintah Kabupaten Tulungagung.

### **3. Pengadaan dokter pasca PTT menjadi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung.**

Pengadaan dokter Puskesmas yang berasal dari dokter pasca PTT yang selesai mengalami masa bakti di Kabupaten Tulungagung seluruh peserta diskusi terarah juga menyimpulkan perlu, karena dokter PTT yang telah mengalami masa bakti di Kabupaten Tulungagung sudah diketahui *performancenya*. Hal ini juga harus mengingat kemampuan Pemerintah Kabupaten Tulungagung.

Rekomendasi yang diberikan dalam diskusi terarah untuk variabel ini adalah bidang kesehatan mempunyai andil besar dalam investasi sumber daya manusia di masa depan, oleh karena itu perlu mendapatkan prioritas yang baik dalam pembangunan di Kabupaten Tulungagung.

#### **5.4.4 Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung**

Yang didiskusikan dalam variabel ini ini adalah:

##### **1. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung tahun 2001 dan 2002 dari APBD Kabupaten**

Dalam diskusi terarah terungkap bahwa anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung belum optimal, karena selama tahun 2001 setelah PAK Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung hanya 4,129% dari APBD Kabupaten dan tahun 2002 hanya 4,082% dari APBD Kabupaten Tulungagung.

## **2. Realisasi anggaran (Dari DAU Kabupaten, Dana Alokasi khusus) untuk pengadaan dokter Puskesmas.**

Realokasi anggaran ini untuk pengadaan dokter Puskesmas ternyata masih sulit, karena DAU Kabupaten masih kecil dan Dana Alokasi Khusus (reboisasi dan non reboisasi) di Kabupaten Tulungagung saat ini tidak ada.

## **3. Besar anggaran untuk gaji dokter Puskesmas**

Dari diskusi terarah terungkap bahwa anggaran untuk gaji dokter Puskesmas yang diangkat oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung masih sulit juga ditentukan, karena keterbatasan anggaran yang ada pada Pemerintah Kabupaten Tulungagung.

Pada variabel ini, diskusi terarah merekomendasikan agar anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung ditingkatkan sesuai dengan rekomendasi WHO atau kesepakatan Bupati dan Walikota se Indonesia dalam rangka desentralisasi dibidang kesehatan tanggal 28 Juli 2000 di Jakarta, yaitu minimal 15% dari APBD Kabupaten.

## **5.5 Rekomendasi Perencanaan Dokter Puskesmas**

### **5.5.1 Pengadaan dokter Puskesmas**

Dokter Puskesmas yang tidak ada, merupakan masalah strategis yang perlu cepat di selesaikan, sehingga Pemerintah Kabupaten Tulungagung perlu membuat kebijakan pengadaan dokter Puskesmas dengan mengangkat sebagai pegawai daerah,





dengan alternatif antara lain :

1. **Mengikuti Prosedur Tetap BKD Kabupaten Tulungagung**

Dokter diangkat sebagai pegawai Pemerintah kabupaten Tulungagung sebagai tenaga honorer (honda) dengan gaji Rp. 100.000,00 per bulan ditambah tunjangan operasional lain yang diambilkan dari sumber anggaran lainnya.

2. **Meminta tambahan tenaga dokter Puskesmas ke pemerintah pusat (Depkes RI) baik dokter Puskesmas yang berstatus PTT maupun PNS (DPK)**

3. **Efisiensi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung membuat prioritas dalam perencanaan anggaran sehingga pengadaan dokter Puskesmas masuk dalam prioritas pembangunan kesehatan di Kabupaten Tulungagung.**

4. **Advokasi dan negosiasi program kesehatan di Kabupaten Tulungagung yang bisa di gunakan untuk pengadaan dokter Puskesmas, misalnya melalui program JPKM, Puskesmas Swadana dan lain – lain.**

5. **Sumber dana lain yang bisa digunakan untuk pengadaan dokter Puskesmas, misalnya dari APBD Kabupaten Tulungagung.**

### **5.5.2 Distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung**

Distribusi dokter Puskesmas diprioritaskan untuk Puskesmas dengan kriteria sebagai berikut :

1. Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya
2. Puskesmas yang beban kerjanya (utilisasi) tinggi

3. Puskesmas yang secara epidemiologis (kasus penyakit infeksi, penyakit degneratif) tinggi
4. Puskesmas yang mempunyai penduduk di wilayah kerjanya > 30.000 jiwa
5. Puskesmas yang secara geografis sulit dijangkau (pegunungan)

### **5.5.3 Penarikan dan seleksi dokter Puskesmas**

Untuk penarikan dan seleksi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung supaya diprioritaskan kepada dokter pasca PTT yang telah selesai menjalani masa bakti sebagai dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung. Hal ini karena dokter pasca PTT tersebut sudah diketahui *performancenya* selama melaksanakan tugas di Kabupaten Tulungagung.

### **5.5.4 Kompensasi untuk dokter Puskesmas**

Untuk kompensasi ini, di samping dokter Puskesmas yang diangkat oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung mendapat gaji bulanan, juga direkomendasikan supaya mendapat tambahan kompensasi dalam bentuk yang lain, misalnya menempati rumah dinas dan lain - lain. Sedang masalah gaji dapat digali dari gaji honorer Pemerintah Kabupaten Tulungagung, efisiensi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung maupun dana dari pemberdayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan.

### **5.5.5 Monitoring ( pengawasan dan pengendalian ) dokter Puskesmas**

Pengawasan dan pengendalian dokter Puskesmas selama menjalani tugas di Puskesmas supaya lebih ditingkatkan, sehingga berbagai upaya untuk mengangkat

keberadaan dokter Puskesmas di Puskesmas ini dapat tercapai tujuannya secara lebih optimal. Pengawasan ini dapat dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Tulungagung, Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung maupun oleh masyarakat.

#### **5.5.6 Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung**

Bidang kesehatan di Kabupaten Tulungagung menempati prioritas ke dua setelah bidang pendidikan dalam pembangunan secara keseluruhan di Kabupaten Tulungagung. Untuk itu supaya anggaran kesehatan ditingkatkan sesuai dengan rekomendasi WHO atau kesepakatan Bupati dan Wali kota se Indonesia dalam rangka desentralisasi di bidang kesehatan tanggal 28 Juli 2000 di Jakarta, yaitu minimal 15% dari APBD Kabupaten.





***BAB 6***

***KESIMPULAN DAN***

***SARAN***

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

##### 1. *Supply* dokter Puskesmas

*Supply* dokter Puskesmas di Indonesia sudah cukup, distribusinya masih belum merata, *inequity* dan masih *top down*, sedangkan realisasinya di Kabupaten Tulungagung masih kurang karena masih banyak Puskesmas di Kabupaten Tulungagung yang tidak ada tenaga dokternya.

##### 2. *Demand* dokter Puskesmas

Berdasarkan indikator pola penyakit (epidemiologi), utilisasi Puskesmas di Kabupaten Tulungagung, jumlah penduduk (demografi), rasio dokter Puskesmas terhadap Puskesmas dan distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung, ternyata *demand* dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung masih belum sesuai dengan kebutuhan dokter Puskesmas yang ada.

##### 3. Rencana kebijakan dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung

Oleh karena kekosongan tenaga dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung merupakan masalah strategis yang perlu cepat diselesaikan, maka Pemerintah Kabupaten Tulungagung perlu membuat kebijakan pengadaan dokter Puskesmas dengan mengangkat dokter Puskesmas sebagai pegawai daerah

##### 4. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung

Bidang kesehatan menempati prioritas ke dua setelah bidang pendidikan dalam pembangunan kesejahteraan masyarakat di Kabupaten Tulungagung sedangkan

anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung masih kecil, sehingga perlu di naikkan minimal 15% dari APBD Kabupaten sesuai dengan rekomendasi WHO atau kesepakatan Bupati dan Wali kota se Indonesia dalam rangka desentralisasi di bidang kesehatan tanggal 28 Juli 2000 di Jakarta, sehingga ada anggaran dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung untuk pengadaan dokter Puskesmas.

#### **5. Distribusi dokter Puskesmas**

Distribusi dokter Puskesmas di Kabupaten Tulungagung sudah mendekati ideal, sudah memperhatikan berbagai aspek termasuk aspek geografi (daerah pegunungan), meskipun masih ada Puskesmas yang tidak ada tenaga dokternya karena keterbatasan sumber daya yang ada.

#### **6. Perencanaan dokter Puskesmas**

Perencanaan yang ada di Kabupaten Tulungagung untuk bidang kesehatan harus mengacu pada segala prioritas dan melakukan efisiensi anggaran yang ada, sehingga pengadaan dokter Puskesmas bisa menjadi prioritas dalam pembangunan di bidang kesehatan di Kabupaten Tulungagung.

#### **6.2 Saran**

1. Kelemahan dalam penelitian ini adalah terletak pada daerah kajian yang dipilih. Daerah kajian di Kabupaten Tulungagung yang ternyata dalam pelaksanaan desentralisasi sampai saat ini belum mempunyai kebijakan tentang pengadaan (*rekrutment*) dokter Puskesmas, sehingga yang diteliti adalah kemungkinan rencana kebijakan Pemerintah Kabupaten Tulungagung tentang kebutuhan, pengadaan dan distribusi dokter Puskesmas untuk masa yang akan datang

- (analysis of policy)*. Karena itu untuk memperoleh hasil penelitian yang baik, disarankan untuk melakukan penelitian pada daerah yang sudah mempunyai komitmen yang tinggi dalam pengadaan dokter Puskesmas.
2. Hasil penelitian yang dipakai dalam penelitian ini dengan menggunakan pendekatan kualitatif dalam mengambil kesimpulan, yaitu dengan cara *indepth interview* dan FGD. Pendekatan ini mempunyai kelemahan, yaitu bisa bias karena faktor subyektifitas. Oleh karena itu disarankan ada penelitian serupa dengan menggunakan analisis data secara kuantitatif, sehingga kesimpulan yang dihasilkan akan saling melengkapi dan komprehensif.
  3. Sebelum melakukan penelitian serupa, disarankan supaya menguji coba dari rekomendasi yang dihasilkan dalam penelitian ini.



# ***DAFTAR PUSTAKA***



## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, V.F., Suwardono, A., Bachroen, C. (1998) Strategi dan Pengembangan Kesehatan dalam Pemberdayaan Sumberdaya Manusia (SDM) Kesehatan di Era Globalisasi, *Majalah Kesehatan Masyarakat Depkes*, Nomor 57 tahun XXVIII, hal. 10-14, Jakarta
- American Statistical Association (1997) What are Focus Groups?, *Section on Survey Research Methods American Statistical Association*, pp 1-12, Alexandria
- Anggaran Kesehatan Daerah Dalam Era Otonomi (2001) *BIDI*, Nomor 10/tahun XXII/25 Mei 2001, Jakarta
- Anonimos, Peraturan Pemerintah RI Nomor 20 tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara RI tahun 2001 Nomor 41 dan tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4090)
- Anonimos, Peraturan Pemerintah RI Nomor 52 tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Tugas Pembantuan (Lembaran Negara RI tahun 2001 Nomor 77 dan tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4106)
- Anonimos, Peraturan Pemerintah RI Nomor 84 tahun 2000 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara RI tahun 2000 Nomor 165)
- Anonimos, Peraturan Pemerintah RI Nomor 98 tahun 2000 tentang Pengadaan Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara RI tahun 2000 Nomor 195 dan tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4016)
- Azwar, A (1997-a) Beberapa Catatan tentang Ketenagaan Dokter di Indonesia, *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, Nomor 8 tahun XXV, hal. 499-504, Jakarta
- Azwar, A (1997-b) Pandangan dan Upaya Perlindungan IDI terhadap Dokter PTT, *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, Nomor 2 tahun XXV, hal 88-92, Jakarta
- Azwar, A (2000) Reformasi Kebijakan Dokter PTT, *BIDI*, Nomor 2/tahun XXI/ 25 Januari 2000 dan Nomor 3/tahun XXI/10 Pebruari 2000, Jakarta.
- Azwar, A. (1996-a) Kebijakan IDI dalam Menghadapi Era Globalisasi dan Dokter Pasca PTT, *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, Nomor 4 tahun XXIV, hal. 267-270, Jakarta

- Azwar, A. (1996-b) "Dokter Jangan Takut Tidak Masuk PNS", *BIDI*, Nomor 18/tahun XVII/25 September 1996, Jakarta
- Badan Kepegawaian Negara, Surat Keputusan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 10 tahun 2001, tanggal 17 April 2001 tentang Ketentuan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah RI Nomor 98 tahun 2000 tentang Pengadaan Pegawai Negeri Sipil
- BPS Kabupaten Tulungagung (2000) *Kabupaten Tulungagung dalam Angka*, BPS dan Bappeda Kabupaten Tulungagung, halaman 1-319.
- Damayanti, N., A. (2000) *Kumpulan Kuliah Manajemen Sumber Daya Manusia*, MMPK-AKK-Program Pascasarjan UNAIR, Surabaya
- Dampak Otonomi Daerah dan Peranan Ikatan Dokter Indonesia (2000) *BIDI*, Nomor : 22/tahun XXI/25 Nopember 2000, Jakarta
- Darumurti, K.D. dan Rauta, U. (2000) *Otonomi Daerah Perkembangan Pemikiran dan Pelaksanaan*, Bandung, PT Citra Aditya Bakti
- Depkes RI (1992-a) *Pedoman Kerja Puskesmas*, Jilid I, Jakarta, Departemen Kesehatan RI 1991/1992.
- Depkes RI (1992-b) *Keputusan Presiden RI Nomor 37 tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter menjadi Pegawai Tidak Tetap Selama Masa Bakti*, Jakarta, Biro Kepegawaian Sekretariat Jenderal Depkes RI
- Depkes RI (1996-a) *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 702/Menkes/SK VIII/1993 tanggal 19 Agustus 1993, tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengangkatan Dokter Pegawai Tidak Tetap selama Masa Bakti*, Jakarta, Biro Kepegawaian Direktorat Jenderal Depkes RI
- Depkes RI (1996-b) *Surat Edaran Sekretariat Depkes RI Nomor : HK.00. SJ. SE. II. 1956, tanggal 15 Nopember 1993 dan Nomor : HK.00.SJ.II.11367 tentang Petunjuk Teknis Pengangkatan Dokter Sebagai Pegawai Tidak Tetap Selama Masa Bakti dan Perubahannya*, Jakarta, Biro Kepegawaian Sekretariat Jenderal Depkes RI
- Depkes RI (1996-c) *Keputusan Menkes RI Nomor : 753.A/Menkes/SK/VII/ 1998, tanggal 1 Juli 1998, tentang Pembentukan Tim Reformasi Pendayagunaan Dokter dan Dokter Gigi*, Jakarta, Biro Kepegawaian Sekretariat Jenderal Depkes RI
- Depkes RI (1996-d) *Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan*, Jakarta, Depkes RI

- Depkes RI (1999-a) *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1170.A Menkes/Per.X/1999, tanggal 5 Oktober 1999, tentang Masa Bakti Tenaga Medis*, Jakarta, Depkes RI
- Depkes RI (1999-b) *Profil Kesehatan Indonesia, 1999*, Jakarta, Depkes RI.
- Depkes RI (1999-c) *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1364.A Menkes/SK.XII/1999, tanggal 17 Desember 1999, tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Masa Bakti Tenaga Medis*, Jakarta, Depkes RI
- Depkes RI (1999-d) *Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara tahun 1999 Nomor 60, tambahan Lembaran Negara Nomor 3839)*
- Depkes RI (1999-e) *Undang-Undang Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara tahun 1999 Nomor 72, tambahan Lembaran Negara Nomor 3848)*
- Depkes RI (1999-f) *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta, Depkes RI, hal. 1-127
- Depkes RI (2000-a) *Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2000-2010, Bahan Utama*, Jakarta, Depkes RI, hal. 3-83
- Depkes RI (2000-b) *Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2000-2010, Bahan Pendukung*, Jakarta, Depkes RI, hal. 1-174
- Depkes RI (2000-c) *Keputusan Menkes RI Nomor : 850/Menkes/SK V/2000 tentang Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2000-2010*, Jakarta, Depkes RI
- Depkes RI (2000-d) *Surat Edaran Menkes Nomor 1107 tahun 2000 tentang Kewenangan Dekonsentrasi di Propinsi dan Kewenangan Minimal Kabupaten Kota di Bidang Kesehatan*.
- Depkes RI (2000-e) *Surat Keputusan Menkes dan Kesejahteraan Sosial Nomor 1747/Menkes-Kesos/SK.XII/2000 tentang Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten Kota*
- Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI (2000-f) *Profil Kesehatan Indonesia, 2000*, Jakarta, Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, hal. 21-34
- Depkes RI Inspektorat Jenderal (2000) *Laporan Hasil Pemeriksaan Aspek Strategis Dokter/Dokter Gigi PTT di Puskesmas Kabupaten Tulungagung Propinsi Jawa Timur*, Jakarta, Inspektorat Jenderal Depkes RI

- Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung (2002) *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung Tahun 2002 (Data Tahun 2001)*, halaman 1-24
- Dokter Pasca PTT Vs Dokter Mandiri (1995) *BIDI*, Nomor 15/tahun XVI/10 Agustus 1995, Jakarta
- Dokter PTT : Habis Terang Terbitlah Gelap dalam Era "Zero Personal Growth" PNS, Program Dokter PTT Dianggap sebagai Alternatif Terbaik untuk Memeratakan Kesempatan Mencicipi Daerah Terpencil, Apa Tidak Mubazir? (1995) *MEDIKA*, Nomor : 2 tahun XXI Pebruari 1995 hal. 94-97, Jakarta.
- Dunn, W.N (1994) *Public Policy Analysis : An Introduction*, Alih Bahasa, Second Edition, New Jersey, Prentice-Hall, Inc.
- Ernawaty (2001) *Model Puskesmas Berdasarkan Analisis Kebutuhan dan Harapan Masyarakat dalam Rangka Pelaksanaan Otonomi Daerah (Kajian di Puskesmas Kota Surabaya)*, tesis, Surabaya, Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
- Gani, A. (2001-b) Kemitraan Sektor Pemerintah dan Swasta dalam Pelayanan Kesehatan, *BIDI*, Nomor 12/tahun XXII/25 Juni 2001 dan 13/tahun XXII/10 Juli 2001, Jakarta
- Gaspersz, V. (2000) *Manajemen Personalia dan SDM*, Edisi 2, Yogyakarta, BPFE
- Hasibuan, M.S.P. (2000) *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Revisi, Jakarta, PT Bumi Aksara
- Haspara, H.R. (2001) Kesepakatan Bersama Pusat dan Daerah Otonom dalam Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan dalam Rangka Otonomi Daerah, *BIDI*, Nomor 8/tahun XXII/25 April 2001, Jakarta
- Hill, M. (1997) *The Policy Process in the Modern State*, third edition, London, Prentice Hall / Harvester Wheatsheaf.
- Hocdijono, S., Bachroen, C., Prayoga, Sopacua, E., Ajik, S., Indrasanto, D., Gunawan, Hadi, S., Maslaka, T. (1995) *Pengembangan Iptek Peningkatan Ketrampilan Kerja Dokter PTT di Indonesia*, Surabaya, Depkes Ri-Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan.
- Ikrar, T. (2001) Keterlambatan Penggajian Dokter PTT, *BIDI*, Nomor 5/tahun XXII/10 Maret 2001, Jakarta.
- Ilyas, Y. (1997) Persepsi Kadinkes Dati II terhadap Kebijakan Dokter PTT, *MEDIKA*, NOMOR : 4 tahun XXIII April 1997, hal. 280 – 284, Jakarta.

- Ilyas, Y. (1999) Penelitian Tingkat Kinerja dokter Puskesmas (Kasus Dokter Pegawai Tidak Tetap), *Majalah Kedokteran Indonesia*, Vol. 49 nomor : 4 April 1999, hal. 131 – 136, Jakarta.
- Irwanto (1998) *Focus Group Discussion (FGD), Sebuah Pengantar Praktis*, Jakarta, Pusat Kajian Pembangunan Masyarakat Unika Atma Jaya.
- Kast, F. E and Rosenzweig (1985) *Organization and Management*, Alih Bahasa, Fourth Edition, Mc Graw Hill, Inc.
- Kotler, P. (1997) *Marketing Management*, Alih Bahasa, Sixth Edition, New Jersey, Prentice-Hall, Inc.
- Kristianti, C.M., Mawar, S. dan Suwandono, A. (1996) *Berbagai Masalah yang Dihadapi Dokter PTT*, *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, tahun XXIV, Nomor : 2 1996, hal. 97-100
- Lokakarya Strategi Persiapan Tenaga Kesehatan Menghadapi Desentralisasi Bidang Kesehatan*, 30 Oktober s.d 1 Nopember 2000, Surabaya, Kebutuhan Ketrampilan Manajemen dan Orientasi Organisasi Menghadapi Desentralisasi Bidang Kesehatan, Siswanto.
- Lokakarya Tantangan dan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota*, 29 Oktober 2001, Surabaya, Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota, Supriyanto, S.
- Lubis, M.S. (2000), *Otonomi Daerah*, IN : Nasution, M.A, Demokratisasi dan Problema Otonomi Daerah, Bandung, CV Mandar Maju
- Majchrzak, A. (1984) *Methods for Policy Research, Applied Social Research Methods Sevier*, Vol. 3, California, Sage Publications, Inc.
- Mariato, E. (1992) Bekal Dokter Kontrak ke Daerah Pengabdian, *MEDIKA*, Nomer : 5 tahun 18 Mei 1992, hal. 69-72, Jakarta
- Mills, A., Vaughan, J.P., Smith, D., Tabibzadeh, I. (1989) *Health System Decentralization : Concepts, Issue and Country Experience*, Alih Bahasa, World Health Organization.
- Moekijat (1995-a) *Pengembangan Organisasi*, Edisi Keempat, Bandung, Remaja Rosdakarya Offset.
- Moekijat (1995-b) *Manajemen Personalia dan SDM*, Bandung, CV Mandar Maju.
- Moekijat (1999) *Manajemen SDM (Manajemen Kepegawaian)*, Bandung, CV. Mandar Maju.

- Moleong, L.J. (2000) *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung, PT Remaja Rosdakarya
- Mondy, R.W. and Noe, R.M. (1990) *Human Resource Management*, Fourth Edition, Masschusetts, Allyn and Bacon, pp. 144-260
- Muktamar IDI ke XXIV, Oktober 2000, Malang, Desentralisasi Pelayanan Kesehatan Harapan terhadap Ikatan Dokter Indonesia, Mendagri dan Otonomi Daerah, *BIDI*, Nomor 5/tahun XXII/10 Maret 2001
- Nasib Dokter PTT Lain Tempat Lain Peruntungannya (1995) *MEDIKA*, Nomor 2 tahun XXI, Pebruari 1995, hal. 98-99, Jakarta
- Nawawi, H.H. (2000) *Manajemen Sumberdaya Manusia untuk Bisnis yang Kompetitif*, Edisi 1, Yogyakarta, Andi Offset
- Nurhadji (2001) Persoalan Okupasi Tenaga Dokter di Birokrasi, *BIDI*, Nomor: 12/tahun XXII/25 Mei 2001, Jakarta.
- Pearce II, J.A. and Robinson, Jr. (1994) *Strategi Management Formulation, Implementation and Control*, Fifth Edition, Richard D. Irwin, Inc.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Tulungagung (2001-a) *Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 7 tahun 2001, tanggal 1 Maret 2001, tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung*, Bagian Hukum dan Organisasi Sekretariat Daerah Kabupaten Tulungagung
- Pemerintah Daerah Kabupaten Tulungagung (2001-b) *Keputusan Bupati Tulungagung Nomor 124 tahun 2001, tanggal 27 Maret 2001, tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 7 tahun 2001 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung*, Bagian Hukum dan Organisasi Sekretariat Daerah Kabupaten Tulungagung
- Pemerintah Daerah Kabupaten Tulungagung (2001-c) *Keputusan Bupati Tulungagung Nomor 283 tahun 2001, tanggal 17 Mei 2001, tentang Penetapan Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung*.
- Pengangguran Calon Dokter PTT terpecahkan (2000), *BIDI*, Nomor: 2/tahun XXI/25 Januari 2000, Jakarta
- Program dokter PTT : Alternatif Terbaik Untuk Anak Manja, *MEDIKA*, nomor 2 tahun XXI Pebruari 1995 hal. 93, Jakarta.

- Qomaruddin, M.B. (1998) *Focus Group Discussion*, Surabaya, Pusat Penelitian Kependudukan dan Pembangunan Lembaga Penelitian Universitas Airlangga.
- Reinke, W.A. (1998) *Health Planning for Effective Management*, Alih Bahasa, Oxford University Press, Inc.
- Reksodikusumo (1992) *Tenaga Kesehatan di Indonesia*, *MEDIKA*, Nomor 5 tahun 18, Mei 1992, hal. 73-75, Jakarta
- Robbins, S.P. (1991) *Organizational Behavior, Concepts, Controversies and Applications*, Fifth Edition, New Jersey, Prentice-Hall, Inc., pp. 123-154, 193-219 dan 629-656
- Rochmah, T., N. (2001) *Kumpulan Kuliah Ekonomi Manajerial*, MMPK-AKK-Program Pascasarjana UNAIR, Surabaya
- Santoso, W. (1992) *Pengaruh Imbalan Terhadap Semangat Kerja dan Penampilan Kerja Dokter Puskesmas di Kabupaten Situbondo dan Jember*, tesis, Surabaya, Program Pasca Sarjana UNAIR, Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- Seminar dan Diskusi Panel Otonomi Daerah Implikasi Desentralisasi Bidang Kesehatan Terhadap Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat*, 20 Mei 2000, Surabaya, Kesiapan Infra Struktur Kesehatan dalam Desentralisasi Bidang Kesehatan, Siswanto.
- Serundajang, S.H. (2000) *Arus Balik Kekuasaan Pusat ke Daerah*, Jakarta, Pustaka Sinar Harapan.
- Siahaan, S.H. (2001) *Bagaimana Dokter Bekerja*, *MEDIKA*, Nomor 6 tahun XXVII Juni 2001, hal. 388 – 390, Jakarta.
- Simanjuntak, P., 17 – 18 Mei 1999, *Otonomi Daerah dan Perimbangan Keuangan Pusat – Daerah, Suatu Tinjauan Mikro Terhadap Pembangunan Daerah*, IN : Nasution, M.A., *Demokratisasi dan Problema Otonomi Daerah*, Bandung, CV. Mandar Maju.
- Symposium Nasional Sistem Kesehatan Wilayah dan Best Practise in Public Health I*, 8 – 10 Nopember 2001, Surabaya, *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia*, Sujudi, A., Menteri Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur Minat MMPK PS AKK Pasca Sarjana UNAIR – Yayasan Mitra Kesehatan Masyarakat.

- Simposium Nasional Sistem Kesehatan Wilayah dan Best Practise in Public Health I*, 8 – 10 Nopember 2001, Surabaya, Health Reform Concept, Supriyanto, S., Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur – Minat MMPK PS AKK Pasca Sarjana UNAIR – Yayasan Mitra Kesehatan Masyarakat.
- Soejoeti, S.Z. (1999) Paradigma Metodologi Penelitian Kualitatif dan Permasalahannya, *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, Volume IX Nomor 3 tahun 1999, hal. 29 – 32, Jakarta.
- Soemantri, S., Bachroen C. dan Siregar, K.N. (1996) *Studi Awal Pendayagunaan Dokter PTT*, Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.
- Sulistiyawati, Bachroen, C., Prayoga, Sapacua, E., Ajik, S., Indrasanto, D., Setiadi, G. (1997) Studi tentang Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penampilan Kerja Dokter PTT di Indonesia, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Volume 1, Nomor 1, Maret 1997, Surabaya
- Supriyanto, S. (2001) *Kumpulan Kuliah Pengembangan dan Perubahan Organisasi Pelayanan Kesehatan*, MMPK-AKK-Program Pascasarjana UNAIR, Surabaya
- Syamsul, S. (2000) Pembiayaan Kesehatan dan Otonomi Daerah, *BIDI*, Nomor : 10/th. XXV/25 Mei 2001, Jakarta.
- Tim AKK Pasca Sarjana UNAIR (2002) *Modul II : Kerangka Konseptual, Bahan Pelatihan Metodologi Pelatihan Kuantitatif*, Surabaya, AKK Program Pasca Sarjana UNAIR.
- Trisnantoro, L. (2001) Memetakan Porsi Pemerintah dan Swasta Dalam Desentralisasi Bidang Kesehatan, *BIDI*, Nomor : 10.tahun XXII/ 25 Mei 2001 dan 11.tahun XXII/ 10 Juni 2001, Jakarta.
- Wahab, S.A. (1997) *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi kebijakan Negara*, Edisi Kedua, Jakarta, Bumi Aksara.
- Walgito, B. (2000) *Psikologi Sosial (Suatu Pengantar)*, Yogyakarta, Penerbit Andi.
- World Health Organization (1997) *Measuring Health System Performance: A Hand Book of Indicators*, Maryland, A lot Associates, Inc.