

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2018). Salah satu upaya untuk mendukung peningkatan dan pemerataan akses pelayanan kesehatan adalah dengan penyediaan jumlah, jenis dan kualitas tenaga kesehatan yang memadai (WHO, 2011)

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019, bahwa jumlah tenaga kesehatan sudah cukup banyak tetapi persebarannya tidak merata. Selain itu, SDM Kesehatan yang bekerja di Puskesmas tersebut komposisi jenis tenaganya pun masih sangat tidak berimbang. Sebagian besar tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas adalah tenaga medis (9,37 orang per Puskesmas), perawat (13 orang per Puskesmas), bidan (10,6 per Puskesmas). Sedangkan tenaga kesehatan masyarakat hanya 2,3 orang per Puskesmas.

Tenaga kesehatan merupakan sumber daya manusia yang berperan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan (Pengestika, 2017). Permasalahan terhadap kurangnya tenaga kesehatan terjadi karena maldistribusi tenaga kesehatan. Jumlah dan jenis tenaga kesehatan terus meningkat tetapi

kebutuhan dan pemerataan distribusinya belum terpenuhi. Hal ini dilihat dari jumlah yang terbanyak berada di Jawa Barat 2106 jiwa. Berbanding terbalik dengan jumlah tenaga kesehatan masyarakat yang terutama berada di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan misalnya di daerah Kalimantan Utara yang hanya 194 jiwa (Kemenkes, 2016).

Dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, peran puskesmas sangat strategis sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang melakukan kontak pertama sehingga membutuhkan tenaga kesehatan yang memadai, khususnya 5 jenis tenaga kesehatan promotif dan preventif yaitu tenaga kesehatan lingkungan, tenaga kefarmasian, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat dan tenaga ahli teknologi laboratorium medik (ATLM) (Kemenkes, 2018). Tenaga kesehatan memberikan kontribusi 80% dalam keberhasilan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Dalam jumlah, kualitas dan persebaran tenaga kesehatan di Indonesia sebenarnya terus membaik, tetapi masih belum mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah terutama pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan.

Tabel 1.1 Distribusi Jumlah Puskesmas dengan Tenaga Kesehatan Masyarakat di Beberapa Provinsi DTPK

No	Provinsi	Kab/Kota	Jumlah Unit	Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat	%
1	Sulawesi Utara	Minahasa	22	10	45
		Kepulauan Sangihe	17	11	65
		Minahasa Tenggara	13	7	54
		Bolaang Mongodow	17	10	59

Lanjutan

Tabel 1.1 Distribusi Jumlah Puskesmas dengan Tenaga Kesehatan Masyarakat di Beberapa Provinsi DTPK

No	Provinsi	Kab/Kota	Jumlah Unit	Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat	%
2	Kalimantan Barat	Sintang	20	4	20
		Melawi	11	8	73
		Singkawang	8	2	25
3	Sumatera Utara	Padang Pariaman	25	17	68
		Tanah Datar	23	6	26
4	Sulawesi Tenggara	Konawe Utara	21	6	29

Sumber: PPSDMK, 2019

Berdasarkan Tabel 1.1 dapat dilihat bahwa distribusi tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas masih belum terpenuhi tepatnya di Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), misalnya di Sulawesi Utara Kabupaten Minahasa, persentase tenaga kesehatan masyarakat sebesar 45% dari 20 unit puskesmas hanya terdapat 10 tenaga kesehatan masyarakat. Kalimantan Barat Kabupaten Sintang, persentase tenaga kesehatan masyarakat hanya 20% yang artinya dari 20 Puskesmas yang tersedia hanya ada 4 orang tenaga kesehatan masyarakat. Di bagian Timur Indonesia di Provinsi Sulawesi Tenggara kabupaten Konawe Utara, persentasinya sebesar 29% tenaga kesehatan masyarakat dari 21 unit puskesmas yang ada.

Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) menjadi prioritas pemerintah karena adanya disparitas antar wilayah DTPK dan Non DTPK. Kondisi geografis yang sulit ditempuh dan iklim atau cuaca yang sering berubah, luas wilayah DTPK yang sangat besar, status kesehatan masyarakat yang masih rendah, sarana dan prasarana kesehatan terbatas baik

terbatasnya jumlah, jenis dan mutu SDM kesehatan, pembiayaan kesehatan terbatas dan tidak terkoordinir, sumber daya dan kekayaan alam DTPK yang besar untuk daerah perbatasan terutama kedaulatan negara. Pelayanan kesehatan di daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan menjadi lebih sulit karena keterbatasan akses akibat kondisi geografis dan iklim yang menyebabkan keterbatasan sarana prasarana pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, akses masyarakat ke sarana pelayanan kesehatan rendah dan masalah gaji yang tidak sesuai atau tidak adanya kompensasi menjadi pertimbangan tenaga kesehatan untuk berkarir di DTPK sehingga minat tenaga kesehatan juga rendah (Kemenkes, 2017).

Fokus kebijakan Kementerian Kesehatan RI periode 2015-2019 menitikberatkan pada penguatan pelayanan kesehatan. Penguatan pelayanan kesehatan yang tercantum dalam Renstra Kementerian Kesehatan yang mencakup tiga hal penting yaitu pembenahan infrastruktur, fasilitas dan penguatan sumber daya tenaga kesehatan. Program Nusantara Sehat merupakan salah satu bentuk kebijakan yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan untuk mewujudkan kebijakan penguatan layanan kesehatan. Nusantara Sehat dirancang untuk mendukung pelaksanaan program Jaminan Kesehatan (JKN) dan Kartu Indonesia Sehat (KIS) guna menciptakan masyarakat Indonesia yang sehat secara mandiri dan berkeadilan.

Selain melihat distribusi tenaga kesehatan masyarakat, survei awal dilakukan kepada mahasiswa kesehatan masyarakat di Universitas Airlangga

untuk mengetahui kesediaan mahasiswa berkarir di DTPK. Hasil survey awal ini dapat dilihat pada tabel 1.2.

Tabel 1.2 Hasil Survei Awal Pada Bulan Juli 2019 Terhadap Kesediaan Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Untuk Berkarir Di DTPK Setelah Lulus Kuliah.

Kesediaan berkerja di DTPK	Jumlah responden (n)	%
Bersedia	31	49,2
Tidak bersedia	32	50,8
Total	63	100

Berdasarkan Tabel 1.2 dapat dilihat bahwa hasil survey awal menunjukkan nilai yang hampir sama besar mahasiswa bersedia 49,2% dan tidak bersedia 50,8% untuk berkarir di DTPK setelah lulus kuliah.

Tenaga Kesehatan Masyarakat (Kesmas) merupakan bagian dari sumber daya manusia yang sangat penting perannya dalam pembangunan kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Pembangunan kesehatan dengan paradigma sehat merupakan upaya meningkatkan kemandirian melalui kesadaran yang lebih tinggi pada pentingnya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif. Oleh karena itu, untuk mewujudkan paradigma sehat tersebut, diperlukan tenaga kesehatan masyarakat dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. (Sukowati dan Shinta, 2003).

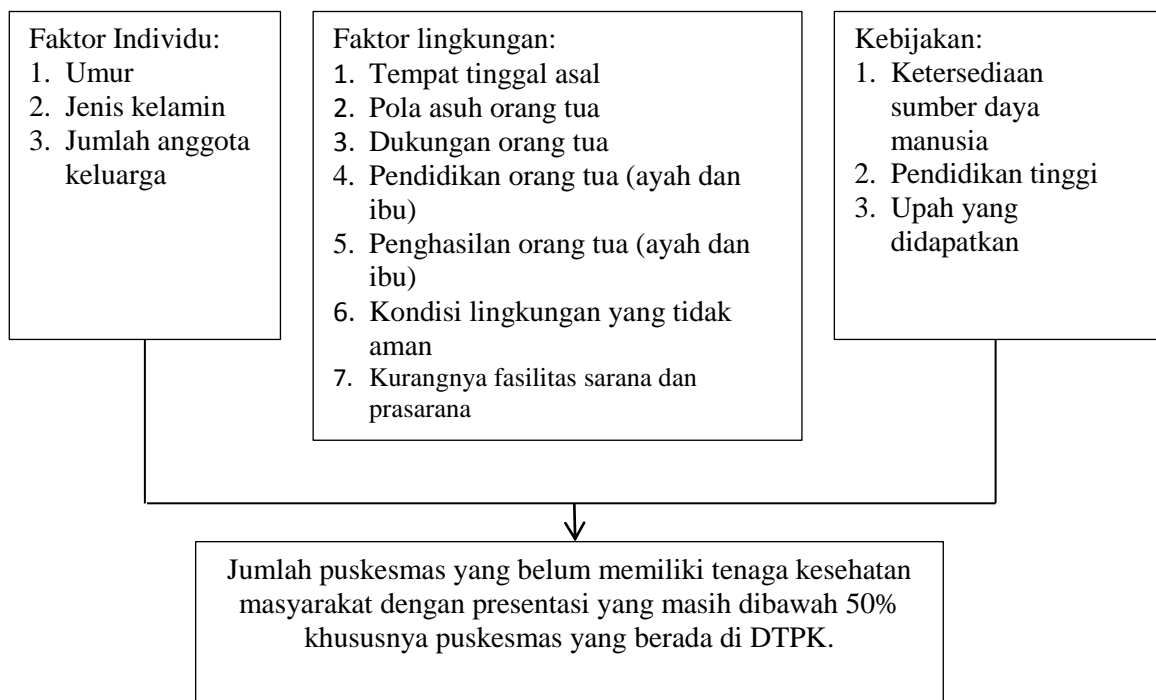
Berdasarkan *Social Cognitive Career Theory* (SCCT), pemilihan karir bagi mahasiswa merupakan proses yang dinamis dan dipengaruhi oleh beberapa aspek yang saling mempengaruhi satu sama lain (*triadic system*). Pemilihan karir berawal dari berbagai pengalaman belajar seseorang (faktor personal) dari lingkungannya (kontekstual) yang mengarahkan ketertarikan

atau minat (*interest*) pada suatu aktivitas tertentu. Kemudian dari ketertarikan atau minat (*interest*) akan memunculkan tujuan-tujuan (*goals*) dalam karir, selanjutnya tujuan (*goals*) akan mendorong seseorang untuk melakukan langkah-langkah (*action*) dalam karir.

Permasalahan yang diangkat adalah jumlah puskesmas yang belum memiliki tenaga kesehatan masyarakat dengan presentasi yang masih dibawah 50% khususnya puskesmas yang berada di DTPK. Maka penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi minat mahasiswa kesehatan masyarakat untuk berkarir di daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan berdasarkan *Social Cognitive Career Theory* (SCCT).

## 1.2 Identifikasi Masalah

Dalam penelitian ini terdapat identifikasi masalah yang berhubungan dengan kemungkinan faktor yang mempengaruhi minat mahasiswa untuk berkarir di DTPK seperti gambar berikut ini:



### 1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana rekomendasi program penempatan sarjana kesehatan masyarakat untuk berkarir di DTPK dalam proses pemilihan karir menggunakan perspektif SCCT (*Social Cognitive Career Theory*)?

### 1.4 Tujuan Penelitian

#### 1.4.1 Tujuan umum

Menyusun rekomendasi program penempatan sarjana kesehatan masyarakat untuk berkarir di DTPK dalam perspektif SCCT (*Social Cognitive Career Theory*).

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi *person input* yaitu agama, jenis kelamin, etnis/suku, keterbatasan fisik/riwayat penyakit mahasiswa kesehatan masyarakat untuk berkarir di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)
2. Mengidentifikasi *background environmental* yaitu pendidikan ayah, pendidikan ibu, pekerjaan ayah, pekerjaan ibu, pendapatan ayah, dan pendapatan ibu.
3. Mengidentifikasi *learning experiences* yang dimiliki mahasiswa kesehatan masyarakat dalam berkarir di DTPK.
4. Mengidentifikasi *self efficacy* yang dimiliki mahasiswa kesehatan masyarakat dalam berkarir di DTPK.
5. Mengidentifikasi *outcome expectation* mahasiswa kesehatan masyarakat dalam berkarir di DTPK.

6. Mengidentifikasi *interest* mahasiswa kesehatan masyarakat untuk berkarir di DTPK.
7. Menganalisis pengaruh *person input, background environmental influence* dan *learning experiences* terhadap *self efficacy*.
8. Menganalisis pengaruh *person input, background environmental influence* dan *learning experiences* terhadap *outcome expectation*.
9. Menganalisis pengaruh *self efficacy* dan *outcome expectation* terhadap *interest* mahasiswa kesehatan masyarakat untuk berkarir di DTPK.
10. Menganalisis program penempatan sarjana kesehatan masyarakat di DTPK.
11. Menyusun rekomendasi program penempatan sarjana kesehatan masyarakat di DTPK.

### **1.5 Manfaat Penelitian**

#### **1. Bagi responden**

Responden mendapat wawasan atau informasi mengenai pentingnya tenaga kesehatan masyarakat di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK)

#### **2. Bagi institusi**

Untuk hasil penelitian ini digunakan sebagai wacana untuk menambah informasi dan landasan rekomendasi dalam program penempatan sarjana kesehatan masyarakat dalam berkarir di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK)



3. Bagi penelitian selanjutnya

Bagi peneliti untuk menambah pengetahuan penelitian dan menjadi referensi untuk dapat melakukan penelitian selanjutnya.