

40

LAPORAN AKHIR
Penelitian Unggulan Universitas Airlangga
Tahun Anggaran 2015



**RANCANGAN MODEL IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENGEMBANGAN
KOMPETENSI APARATUR KESEHATAN UNTUK MENINGKATKAN PELAYANAN
KESEHATAN PADA MASYARAKAT MISKIN DI DAERAH**

Tahun Ke 1 dari Rencana 2 Tahun

Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN /0006047305
Prof. Dr.Eman, SH.,M.S/0025074907

Dibiayai oleh DIPA DITLITABMAS Tahun Anggaran 2015 sesuai dengan Surat Keputusan Rektor Universitas Airlangga Tentang Pelaksanaan Hibah Kegiatan Penelitian dan Program Pengabdian Kepada Masyarakat Baru dan Lanjutan Dana DIPA Ditlitabmas Tahun Anggaran 2015 Nomor 519/UN3/2015, tanggal 26 Maret 2015 atas nama:

UNIVERSITAS AIRLANGGA

Oktober 2015

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : RANCANGAN MODEL IMPLEMENTASI
KEBIJAKAN PENGEMBANGAN KOMPETENSI
APARATUR KESEHATAN UNTUK
MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN
PADA MASYARAKAT MISKIN DI DAERAH

Peneliti/Pelaksana
Nama Lengkap : Dr. MUHAMMAD HADI SHUBHAN SH., MH., CN.
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga
NIDN : 0006047305
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
Program Studi : Kenotariatan
Nomor HP : 081-33063-3000
Alamat surel (e-mail) : hadi_unair@yahoo.com


Anggota (1)
Nama Lengkap : Prof. Dr. EMAN SH., MS.
NIDN : 0025074907
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga
Institusi Mitra (jika ada) : -
Nama Institusi Mitra : -
Alamat : -
Penanggung Jawab : -
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 2 tahun
Biaya Tahun Berjalan : Rp 50.000.000,00
Biaya Keseluruhan : Rp 100.000.000,00

Mengetahui,
Wadek I Fak. Hukum



(Prof. Dr. Eman S.H., M.Si)
NIP/NIK 195907251983031001

Surabaya, 10 - 10 - 2015
Ketua,



(Dr. MUHAMMAD HADI SHUBHAN SH.,
MH., CN.)
NIP/NIK 196912251995122001

Menyetujui,
Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi



(Prof. H. Hery Pambasuki, Drs., M.Si., PhD)
NIP/NIK 196705071991021001

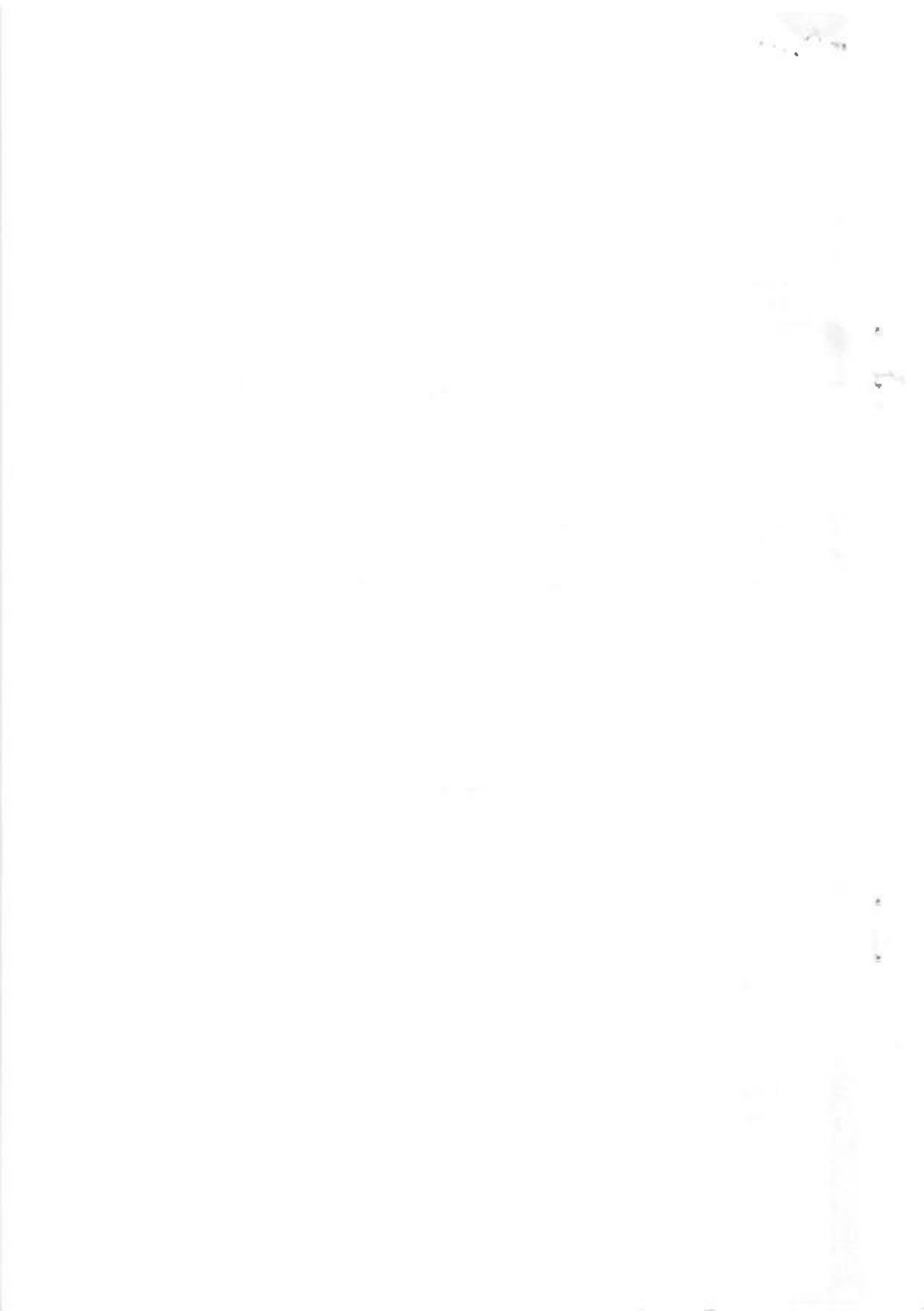
RINGKASAN

Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi, mengatakan bahwa dari 4,7 juta Pegawai Negeri Sipil (PNS), sebanyak 95% PNS tidak kompeten, dan hanya 5% memiliki kompetensi dalam pekerjaannya. Dalam road map reformasi birokrasi 2010-2014 disebutkan bahwa peningkatan profesionalisme aparatur salah satunya harus didukung oleh kualitas aparatur yang berbasis kompetensi. Berbagai kebijakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin namun sampai sekarang pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin masih buruk.

Pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin yang profesional dapat terwujud apabila kebijakan pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan dapat diimplementasikan dengan efektif sehingga dapat menghasilkan aparatur yang profesional dan etis. Penelitian ini difokuskan pada kebutuhan-kebutuhan yang strategis dan teknis untuk meningkatkan *capacity building* pemerintah daerah terutama terkait implementasi pengembangan kompetensi aparat agar dapat mempercepat terwujudnya pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin yang profesional.

Tujuan dalam penelitian ini adalah : pada Th I ingin menemukan peraturan perundangan yang terkait dengan pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan untuk masyarakat miskin dan menemukan faktor-faktor yang menjadi hambatan pemerintah daerah dalam mengimplementasikan pengembangan aparatur yang berbasis kompetensi di bidang Kesehatan.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah (1) Di tingkat Kab. Sidoarjo kebijakan pengembangan aparatur kesehatan untuk masyarakat miskin sebenarnya tidak berbeda dengan pengembangan untuk masyarakat yang menengah ke atas, akan tetapi untuk memberikan jaminan agar pelayanan masyarakat miskin tetap sesuai standard pelayanan maka orientasi pembangunan diutamakan pengembangan fasilitas di puskesmas serta pengembangan *hard skill dan soft skill* bagi aparatur kesehatan yang langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari kesan adanya perbedaan pelayanan antara yang miskin dan yang mampu. Dengan demikian diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh sehingga akan meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Standard pelayanan kesehatan dapat dipenuhi jika SDM di bidang kesehatan mempunyai kompetensi yang memadai, mudah diakses, terjangkau, tersedia setiap waktu tanpa mengurangi mutu pelayanan. (2) Faktor - faktor yang berpengaruh terhadap pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan adalah (a) . Kompleksitas Birokrasi, kebijakan tentang otonomi daerah serta jaminan kesehatan yang baru (BPJS) masih diperlukan adanya sinkronisasi baik secara vertical maupun horizontal. (b). Perkembangan jenis penyakit dan teknologi, masyarakat yang semakin maju demikian juga jenis penyakit semakin beragam



sehingga penanganannya diperlukan aparatur yang semakin kompeten dan menguasai teknologi terapan. (c). Kondisi sosial ekonomi pasien, terkait dengan pelayanan masyarakat miskin maka perilaku aparat menjadi lebih sensitive untuk dapat dimengerti dan dimaknai oleh masyarakat miskin. (d) Pembiayaan, ketersediaan dana untuk meningkatkan kompetensi aparatur merupakan hal yang sangat penting namun tidak jarang hal ini justru terabaikan karena keterbatasan anggaran di daerah sehingga sangat tergantung pada pemerintah provinsi dan pemerintah pusat. (3) Dalam rancangan model menunjukkan bahwa pengembangan kompetensi aparatur kesehatan dilakukan secara komprehensif merupakan tahapan-tahapan dari perencanaan sampai dengan monitoring dan evaluasi yang semuanya merupakan sistem yang saling terkait dan saling mempengaruhi sehingga menjadi kesatuan yang utuh yang tidak bisa hanya memprioritaskan salah satu tahapan dari pengembangan kompetensi aparatur kesehatan. Sehingga setiap tahapan tersebut harus dipastikan dapat berjalan secara optimal untuk dapat menjamin optimalitas pada tahapan berikutnya demikian dan seterusnya sebagai proses pengembangan aparatur kesehatan diharapkan akan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang maksimum kepada masyarakat khususnya masyarakat miskin.

Dalam penelitian ini disarankan (1) Kebijakan jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin yang sekarang berupa BPJS dengan sistem asuransi yang sifatnya gotong royong yang lebih mampu membantu yang miskin merupakan kebijakan yang baru sehingga untuk memastikan kebijakan ini dapat diimplementasikan dengan optimal maka diperlukan adanya kajian yang terus menerus sehingga dapat dilakukan perbaikan-perbaikan baik sistem maupun kesiapan sumber daya termasuk kesiapan sumber daya aparaturnya untuk dapat terus dikembangkan mencapai kualitas maupun kuantitas seperti yang direncanakan sehingga pelayanan kesehatan dapat memberikan kepuasan baik masyarakat yang mampu maupun masyarakat yang miskin. (2) Untuk dapat meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin maka diperlukan adanya sinergisitas semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan terutama terkait antara hubungan pusat dan daerah, hubungan antar instansi di daerah, peningkatan kompetensi aparatur secara kuantitas maupun kualitas baik *hard skill* maupun *soft skill* terutama pada pelayanan kesehatan pada tingkat primer (3) Perlu terus dikaji terkait dengan sistem pengembangan kompetensi aparatur kesehatan terutama pada aspek makro melalui perbaikan regulasi terutama untuk menghadapi Masyarakat Ekonomi Asian (MEA) karena akan terjadi kompetisi yang ketat sehingga perlu diatur agar kepentingan masyarakat Indonesia terutama masyarakat yang miskin dapat terlindungi dan dapat mendapatkan pelayanan yang memadai.

Kata Kunci : Aparatur, Kesehatan, Miskin, Kompetensi



SUMMARY

Minister of Administrative and Bureaucratic Reform, said that of the 4.7 million civil servants (PNS), as many as 95% of civil servants are not competent, and only 5% have competence in his work. In the road map 2010-2014 bureaucratic reforms mentioned that increased professionalism apparatus one of which must be supported by a competency-based quality apparatus. Policies to improve health care in poor communities, but until now health services for the poor are still apes.

Health services in poor communities can be achieved if professional. policy development competence of personnel in the health sector can be implemented effectively so as to produce a professional and ethical apparatus. This study difokuskan the needs of strategic and technical capacity building to improve local government, especially regarding the implementation of personnel competency development in order to accelerate the realization of health services to the poor professional.

The aim in this study are: the Th I want to find the legislation related to the development of competence of personnel in the field of health for the poor and find factors that become barriers to local governments in implementing competency-based development apparatus in didang Health.

The conclusion of this study were (1) At the district level. Sidoarjo development policy apataur health for poor people is not really different from the development community that the upper middle, but to guarantee that the poor service remains appropriate standards of care, the development orientation of preferred development of facilities in health centers and the development of hard skills and soft skills in the morning apparatus provide direct health services to the poor. This is intended to avoid the impression of lack of distinction between the msikin services and capable. It is expected to improve the health and ability of society as a whole that will improve the quality of Human Resources (HR). Standard health services can be met if the human resources in the health sector have sufficient competence, accessible, affordable, available at any time without reducing the quality of service. (2) factors - factors that influence the development of competence of personnel in the health sector is (a). Bureaucratic complexity, the policy of regional autonomy as well as the new health insurance (BPJS) is still required for synchronization of both vertical and horizontal. (b). The development of illnesses and technology, society is more advanced as well as more diverse types of diseases that required treatment apparatus increasingly competent and master of applied technology. (c). Economy social conditions of patients, is associated with poor service, the behavior becomes more sensitive apparatus to be understood and interpreted by the poor. (d) financing, the availability of funds to improve the competence of personnel is very important but this would not infrequently neglected due to budget constraints in the area so it is up to the government and the central government provensi. (3) In the design of the model shows that the development of competencies medical authorities conducted komprehenship the stages of preencanaan to monitoring and evaluation of all the

systems are interrelated and influence each other so that a unified whole that can not only prioritize one of the stages of health personnel competency development. So that each phase must be ensured may be optimized to ensure optimality in the next stage so and so as the process of developing health officials are expected to provide maximum health services to the people especially the poor.

In this study suggested (1) The policy of health insurance for poor people who now form BPJS the insurance system that are of mutual aid that is better able to help the poor is the new policy so as to ensure that this policy can be implemented optimally it is necessary to study ongoing so it can be improvements both systems and readiness resources including power source readiness apparatus to be able to continue to develop achieving quality and quantity as planned so that health services can provide the satisfaction of both communities were able mapun poor people. (2) In order to improve service health for the poor so it needed the synergy of all parties involved in the health services, especially related between central and local relations, the relationship between institutions in the region, improving the competence of personnel in quantity and quality both hard skills and soft skills, especially in health care at the primary level (3) It should be kept under review related to the system development apparatus competence of health, especially in the aspect of macro through regulatory improvements, especially to face the Economic Community Asian (MEA) because there will be intense competition that needs to be regulated so that the interests of the Indonesian people, especially people who are poor can be protected and could get adequate services.

Keywords: Apparatus, Health, Poor, Competence

PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan laporan akhir kegiatan penelitian ini dapat diselesaikan.

Dengan terlaksananya penelitian ini kami mengucapkan terima kasih kepada Bapak Dekan Fak. Hukum, Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi Unair dan Direktorat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, karena penelitian ini tidak akan terselenggara tanpa adanya suatu kerjasama dan bantuan dana yang telah kami terima. Terima kasih pula kepada semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini dan semoga penelitian ini dapat bermanfaat dan berkelanjutan serta dapat diterapkan untuk meningkatkan pelayanan publik.

Sebagai hasil penelitian maka tidak menutup kemungkinan terjadi kesalahan ataupun kekeliruan untuk itu maka tim peneliti mohon masukan demi lebih baiknya hasil penelitian ini .

Surabaya, Okotober 2015

Tim Peneliti

DAFTAR ISI

Halaman

JUDUL PENELITIAN	
HALAMAN PENGESAHAN	ii
RINGKASAN	iii
SUMMARY	v
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	4
BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN.....	7
BAB IV. METODE PENELITIAN	9
BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN	13
BAB VI. RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA	55
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	56
DAFTAR PUSTAKA.....	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi, mengatakan bahwa dari 4,7 juta Pegawai Negeri Sipil (PNS), sebanyak 95% PNS tidak kompeten, dan hanya 5% memiliki kompetensi dalam pekerjaannya (H. Ateng kusnandar adisaputra, 2012: 1) Di Permen Menpan No. 20 tahun 2010 poin 3.2 terkait dengan pelaksanaan reformasi birokrasi 2010-2014 Menyebutkan bahwa untuk meningkatkan profesionalisme aparatur diperlukan adanya pengembangan kualitas aparatur yang berbasis kompetensi. Namun hal ini sampai sekarang masih belum dapat diimplementasikan secara optimal.

Pada tahun 2013, atau terdapat penambahan jumlah dokter sebanyak 59.032 orang. Begitu juga jumlah perawat meningkat dari 101.897 orang pada tahun 2004 menjadi 296.126 orang pada tahun 2013, atau meningkat hampir 300%. Tenaga bidan juga mengalami perkembangan pesat dari 48.044 orang pada tahun 2004 menjadi 136.917 pada tahun 2013 atau meningkat 280%. Sebagai upaya memberikan layanan terbaik pada fasilitas pelayanan kesehatan (Arif Rahman Hakim & Khusnul Khotimah, <http://www.setkab.go.id>) Akan tetapi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin masih buruk.

Peningkatan kompetensi aparatur yang menjadi agenda tetap pemerintahan setiap tahunnya, ternyata belum menunjukkan perbaikan yang lebih memadai. Kondisi tersebut merupakan tantangan bagi birokrasi untuk dapat meresponnya secara tepat, dengan berupaya melakukan peningkatan kompetensi aparatur pemerintahan, (<http://www.pareparekota.go.id>) Hal ini senada dengan hasil penelitian (Pujiono, Agung , 2013) yang menunjukkan bahwa pengembangan kompetensi aparatur daerah belum mampu mendukung penerapan profesionalitas pelayanan public.

Untuk mengatasi permasalahan-permasalahan tersebut maka diperlukan adanya Rancangan Model Implementasi peningkatan kompetensi aparatut bidang

kesehatan terutama untuk masyarakat miskin sehingga pelayanan kesehatan diharapkan akan semakin profesional.

Dalam penelitian ini bertujuan untuk melakukan pengkajian terkait dengan permasalahan-permasalahan di daerah dalam mengimplementasikan mengembangkan aparaturnya yang berbasis kompetensi di bidang kesehatan sehingga hasilnya diharapkan dapat dijadikan acuan bagi pemerintah daerah dalam mengimplementasikan pengembangan aparaturnya di bidang kesehatan untuk masyarakat miskin di daerah

Untuk mengkaji masalah dan mencapai tujuan tersebut maka dalam penelitian ini ingin mengkaji secara komprehensif tersebut maka dalam penelitian ini akan digunakan pendekatan kualitatif *Socio Legal* (Afdol,2008:11) Pendekatan ini mengkaji masalah penelitian selain dari aspek normatif juga dari akan dilakukan penelitian lapangan.

1.2. Permasalahan

Kewenangan yang besar di daerah dalam era otonomi daerah diharapkan dapat mempercepat reformasi birokrasi yang dapat mendorong dan mempercepat terwujudnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah yang profesional. Sampai sekarang kewenangan yang besar di daerah tersebut belum dapat membawa perubahan yang nyata khususnya dalam pengembangan aparatur yang berbasis pada kompetensi. Untuk mengatasi permasalahan tersebut diperlukan upaya-upaya yang sistematis dan komprehensif sehingga setiap aparatur mempunyai kompetensi baik kompetensi strategik, manajerial, teknis, maupun kompetensi social. Mengingat begitu urgennya pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan bagi masyarakat miskin maka dalam penelitian ini dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

- a. Bagaimana implementasi kebijakan pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan untuk masyarakat miskin?
- b. Faktor-faktor apa yang menjadi hambatan pemerintah daerah dalam mengimplementasikan pengembangan aparatur yang berbasis kompetensi di Bidang Kesehatan?

c. Bagaimana rancangan model implementasi pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan yang tepat sehingga pelayanan di bidang kesehatan bagi masyarakat miskin dapat profesional ?

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Prinsip utama yang melandasi *good governance*, adalah (1) Akuntabilitas, (2) Transparansi, dan (3) Partisipasi Masyarakat. (Loina Lalolo Krina P, 2003: 8) Penerapan manajemen berbasis kompetensi di birokrasi pemerintah akan dapat menghasilkan aparatur yang profesional dan etis, membangun organisasi dengan budaya kerja yang terukur diharapkan dapat mendorong segera terwujudnya Good Governance (Widi Harsono <http://diskusi-banyuwangi>.)

The competency of the officials in public service is a complex structure of the knowledge, values, morals, attitudes, behaviors, motivations in every civil servant to provide professional service to the people. In the current era of the bureaucratic reform, it has been observed that a lot of officials of public service are seriously lack of strategic, managerial and technical competencies to provide professional public services demanded by the society. (Hadi Shubhan. 2013:50)

Dalam undang-undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Pokok-pokok Kepegawaian pasal 17 diatur bahwa PNS diangkat dalam suatu jabatan salah satunya didasarkan pada kompetensi, hal ini menunjukkan bahwa kompetensi aparatur mempunyai peran yang tinggi dalam mewujudkan pelayanan public yang professional. Sedangkan dalam PP No. 101 Tahun 2000, konsep kompetensi juga dijadikan acuan dasar dalam penyelenggaraan diklat aparatur. Pasal 3, misalnya, menegaskan bahwa sasaran diklat adalah untuk mewujudkan PNS yang memiliki kompetensi yang sesuai dengan persyaratan jabatan masing-masing, baik itu untuk Diklat Kepemimpinan, Teknis, dan Fungsional. Disamping itu, pasal 17 menegaskan bahwa kurikulum diklat aparatur mesti disusun berdasarkan atas standar kompetensi jabatan PNS (Siswanta. Jaka Purnama, 2012: 1)

Dalam Lampiran Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 2 Tahun 2013 disebutkan bahwa Kompetensi kunci, merupakan persyaratan kemampuan umum yang diperlukan agar criteria unjuk kerja dapat dicapai pada tingkatan kerja yang dipersyaratkan untuk melaksanakan tugas pada unit kompetensi tertentu.

Kompetensi kunci meliputi enam kompetensi sebagaimana tergambar dalam tabel berikut

GRADASI KOMPETENSI KUNCI

Kompetensi kunci	TINGKAT 1 Melakukan kegiatan	TINGKAT 2 "Mengelola Kegiatan"	TINGKAT 3 "Mengevaluasi dan Memodifikasi Proses"
1. Mengumpulkan, menganalisa dan mengorganisasikan informasi	Mengikuti pedoman yang ada dan merekam dari satu sumber informasi	Mengakses dan merekam lebih dari satu sumber Informasi	Meneliti dan menyaring lebih dari satu sumber dan mengevaluasi kualitas informasi
2. Mengkomunikasikan informasi dan ide-ide	Menerapkan bentuk komunikasi untuk mengantisipasi Kontek komunikasi sesuai jenis dan gaya berkomunikasi.	Menerapkan gagasan informasi dengan memilih gaya yang paling sesuai.	Memilih model dan bentuk yang sesuai dan memperbaiki dan mengevaluasi jenis komunikasi dari berbagai macam jenis dan gaya/ cara berkomunikasi.
3. Merencanakan dan mengorganisasikan kegiatan	Bekerja di bawah pengawasan atau supervisi	Mengkoordinir dan mengatur proses pekerjaan dan menetapkan prioritas kerja	Menggabungkan strategi, rencana, pengaturan, tujuan dan prioritas kerja.
4. Bekerjasama dengan orang lain & kelompok	Melaksanakan kegiatan-kegiatan yang sudah dipahami/ aktivitas rutin	Melaksanakan kegiatan dan membantu merumuskan tujuan	Bekerjasama untuk menyelesaikan kegiatan-kegiatan yang bersifat kompleks.
5. Menggunakan gagasan secara matematis dan teknis	Melaksanakan tugas-tugas yang sederhana dan telah ditetapkan	Memilih gagasan dan teknik bekerja yang tepat untuk menyelesaikan tugas-tugas yang kompleks	Bekerjasama dalam menyelesaikan tugas yang lebih kompleks dengan menggunakan teknik dan matematis
6. Memecahkan masalah	Memecahkan masalah untuk tugas rutin di bawah pengawasan/ supervise	Memecahkan masalah untuk tugas rutin secara mandiri berdasarkan pedoman/ panduan	Memecahkan masalah yang kompleks dengan menggunakan pendekatan metoda yang sistematis

7. Menggunakan teknologi	Menggunakan teknologi untuk membuat barang dan jasa yang sifatnya berulang-ulang pada tingkat dasar di bawah pengawasan	Menggunakan teknologi untuk mengkons-truksi, mengorgani-sasikan atau membuat produk barang atau jasa berdasarkan desain	Menggunakan teknologi untuk membuat desain/merancang, meng-gabungkan, memodifikasi dan mengembang-kan produk barang atau jasa
--------------------------	---	---	---

Good governance has 8 major characteristics. It is participatory, consensus oriented, accountable, transparent, responsive, effective and efficient, equitable and inclusive and follows the rule of law. It assures that corruption is minimized, the views of minorities are taken into account and that the voices of the most vulnerable in society are heard in decision-making. It is also responsive to the present and future needs of society. (<http://www.unescap.org/huset/gg/governance.htm>)

Good Governance tidak akan dapat terwujud jika perilaku PNS tidak berubah menuju pada indikator – indikator pelayanan publik yang lebih mengedepankan pada kepentingan publik seperti transparan dan akuntabel. Sedangkan perilaku individu dalam organisasi dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu: persepsi (*perception*), sikap (*attitudes*), kepribadian (*personality*) dan pembelajaran (*learning*). (Siswanto, 2005:76)

BAB III

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1. Tujuan Penelitian

Tujuan Penelitian	Luaran Penelitian
Tahun I. 1. Mengkaji Implementasi Kebijakan Pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan untuk masyarakat miskin 2. Menemukan faktor-faktor yang menjadi hambatan pemerintah daerah dalam mengimplementasikan pengembangan aparatur yang berbasis kompetensi di Bidang Kesehatan untuk masyarakat miskin	<ul style="list-style-type: none">• Rancangan Model• Artikel Ilmiah Dimuat di Jurnal Internasional
Tahun II Menemukan Rancangan model implementasi kebijakan pengembangan aparatur yang berbasis kompetensi dibidang kesehatan di daerah sehingga dapat dipakai sebagai acuan/prototype dalam meningkatkan pelayanan public di bidang kesehatan untuk masyarakat miskin di daerah	<ul style="list-style-type: none">• Rancangan Model Yang Telah Diuji• Artikel Ilmiah di muat di Jurnal internasional

3.2. Manfaat Hasil Penelitian

1. Bagi Pengembangan Kelembagaan

Hasil penelitian dapat diaplikasikan untuk mendorong dan memperluas pelaksanaan **reformasi birokrasi** di berbagai instansi pemerintah di daerah. Karena kompetensi aparatur yang yang tinggi merupakan kunci utama keberhasilan pembangunan di daerah dan merupakan garis depan bagi pemerintah untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang professional. Pelayanan kesehatan secara professional dapat terwujud jika aparatur mempunyai kompeten yang bisa mengantisipasi setiap permasalahan yang muncul dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin. Apalagi bila mengingat pelayanan kesehatan yang diselenggarakan pemerintah masih ketinggalan bila dibandingkan dengan pelayanan yang dilakukan oleh sector swasta atau bisnis. Untuk mencapai hal tersebut maka perlu adanya kajian yang terus-menerus agar aparat pemerintah dapat terus meningkatkan kapasitasnya serta kinerjanya birokrasi

dalam memberikan pelayanan kepada publik. Reformasi birokrasi pada tataran kultural, dilakukan melalui pengembangan kompetensi aparatur agar semakin profesional dan dapat memperkuat etos kerja aparatur pemerintahan.

d. Bagi Pembangunan

Dengan adanya otonomi daerah maka titik berat pembangunan di Indonesia ada di daerah. Kesuksesan pembangunan di daerah ditentukan kualitas dan kapasitas **Sumber Daya Manusia (SDM)** yang ada di daerah. Dengan adanya penelitian ini diharapkan akan dapat dilakukan implementasi pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah serta bagaimana meningkatkan pelayanan kesehatan secara profesional. Dengan adanya penelitian ini diharapkan juga dapat menjawab permasalahan-permasalahan pembangunan di daerah karena kemajuan daerah tidak hanya ditentukan oleh melimpahnya sumber daya alam melainkan yang terpenting adalah kesiapan SDM yang ada untuk memanfaatkan sumber daya yang ada di daerah sehingga dapat dioptimalkan sebagai aset daerah yang dapat ditingkatkan menjadi bernilai tinggi yang dapat mendorong dan mempercepat lajunya pembangunan. Dengan terwujudnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang profesional

e. Bagi Ipteks

Hasil riset ini juga bermanfaat untuk pengembangan Ipteks khususnya pada bidang Hukum Administrasi karena hasil penelitian ini akan dipublikasikan ke **jurnal internasional** sehingga akan menjadi bahan kajian selanjutnya bagi para ahli maupun praktisi serta masyarakat yang berkompeten dalam bidang hukum administrasi, pelayanan public, kesehatan maupun bidang lainnya serta bagi pembaca lainnya terutama bagi para praktisi untuk meningkatkan pengetahuannya. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah yang dapat dipakai memecahkan masalah-masalah birokrasi, SDM, Hukum maupun masalah pembangunan yang terkait dengan pelayanan public dan otonomi daerah

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan pendekatan ini diharapkan akan dapat dikaji secara komprehensif dan mendalam. Penelitian akan diawali dengan melakukan *needs assessment* terhadap pengembangan aparatur yang berbasis pada kompetensi. Setelah itu penelitian akan dilakukan *assessment* terhadap aparat yang terkait dengan tingkat kompetensinya dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin. Dengan demikian akan dapat diketahui kesenjangan yang ada antara harapan dan kenyataan sumber-sumber daya yang dimiliki pemerintah daerah. Kemudian akan dilakukan analisis secara sistematis dan mendalam agar yang telah teridentifikasi dan terinventarisasi. Identifikasi aparat dilihat dari segi melaksanakan peraturan perundang-undangan, serta implementasinya dalam mengembangkan aparat untuk menemukan solusi yang terbaik bagi pengembangan aparat kesehatan sehingga pelayanan semakin meningkat.

4.2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini mengambil lokasi di dinas kesehatan Kab. Sidoarjo Jawa Timur. Kabupaten Sidoarjo merupakan kabupaten sebagai daerah penyangga Kota Surabaya. Dimana pada Tahun 2005 Sidoarjo dijadikan sebagai salah satu daerah percontohan Pelayanan Publik di Jawa Timur, dimana Propinsi Jawa Timur merupakan Propinsi percontohan di bidang Pelayanan Publik di Indonesia. Sehingga dengan memilih lokasi penelitian berkaitan dengan pelayanan publik di Sidoarjo sebagai lokasi penelitian merupakan hal yang sangat tepat. Dengan menjadikan Kabupaten Sidoarjo sebagai lokasi penelitian maka diharapkan hasil dari penelitian ini dapat juga dipakai dalam mengkaji dan mengetrapkan Model pengembangan kompetensi aparat di bidang kesehatan dalam memberikan secara Profesional.

4.3. Sumber informasi

Yang menjadi sumber informasi utama dalam penelitian ini adalah PNS di

Pemerintah Kabupaten (Pemkab) Sidoarjo. Sumber informasi akan ditentukan secara Purposive dengan didasarkan pada Golongan Kepangkatan dari golongan yang paling rendah sampai golongan yang paling tinggi di Kabupaten Sidoarjo. Purposive juga akan didasarkan pada dinas-dinas yang memberikan pelayanan di bidang kesehatan terutama yang langsung melayani masyarakat. \

4.4. Teknik Pengumpulan Data :

Wawancara Mendalam

Sesuai dengan subyek penelitian ini maka sebagai sumber informasi utama adalah PNS di Kabupaten Sidoarjo. Sehingga wawancara dilakukan terhadap para pegawai yang ditentukan secara Purposive. Teknik wawancara mendalam dipakai untuk memperoleh data karena teknik ini sangat tepat untuk memperoleh data yang berkaitan dengan kegiatan organisasi, motivasi, perasaan, sikap dan sebagainya (Irianto,2001) Dalam penelitian ini wawancara mendalam dilakukan dengan maksud untuk menggali informasi secara mendalam dan komprehensif data yang berkaitan dengan : faktor-faktor yang menjadi hambatan pemerintah daerah dalam mengimplementasikan pengembangan aparatur yang berbasis kompetensi di Bidang Kesehatan

Focus Group Discussion (FGD)

Setelah dilakukan wawancara mendalam maka hasil dari wawancara akan didiskusikan dengan teknik Focus Group Discussion (Bungin. 2001:172) Teknik ini cocok untuk menggali data yang berkaitan dengan sikap seseorang atau pendapat dari orang lain serta pemikiran-pemikiran yang saling melengkapi serta saling koreksi. Dalam penelitian ini FGD digunakan untuk menjaring informasi dari berbagai pihak yang terlibat langsung dalam implementasi pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan. Dengan FGD maka diharapkan akan dapat diperoleh secara komprehensif untuk menyusun rancangan model implementasi pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan masyarakat miskin yang professional.

4.5. Penyusunan Laporan

Setelah dilakukan analisis dan ditemukan adanya pola-pola pengembangan pengembangan aparat dalam memberikan pelayanan publik maka dilakukan pegakategorian data, serta disusunlah berbagai alternatif pemecahan masalah penelitian. Dari alternatif-alternatif tersebut kemudian dilakukan dikaji kembali untuk mendapatkan pola pengembangan playanan publik yang lebih tepat. Dari hasil lokakarya maka dipilih salah satu pola pengembangan yang tepat, kemudian disusunlah draf laporan. Draft laporan direvisi dan disusun untuk dapat dianalisis yang lebih mendalam dan luas sehingga dengan demikian diharapkan akan diperoleh hasil penelitian yang benar-benar telah dianalisis dengan baik dan melibatkan berbagai pihak yang berkompeten. Setelah laporan dibuat maka dilakukan editing dan analisis yang lebih dalam dan komprehensif untuk menyusun laporan akhir.

4.6. Bagan Alur Penelitian

Input	Output	Outcome	Indikator Capaian
Th. I			
Peraturan Perundangan Yang terkait Dengan Pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan untuk masyarakat miskin	Data tentang peraturan perundangan untuk dapat mengambil kebijakan tentang pengembangan aparatur kesehatan masyarakat miskin dalam meingkatkan kompetensinya.	.Diharapkan Pemda dapat membuat kebijakan untuk meningkatkan kapasitas aparat sesuai kompetensi yang diperlukan untuk memnerikan pelayanan masyarakat miskin yang professional di daerah	Adanya kebijakan yang bersifat strategis untuk meningkatkan kompetensi aparatur di bidang kesehatan untuk masyarakat miskin di daerah
Faktor-Faktor yang Menjadi hambatan birokrasi dalam pengembangan kompetensi aparatur bidang kesehatan masyarakat miskin di daerah	Data tentang hambatan-hambatan birokrasi dalam mengimplementasi kan pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan	Diharapkan dapat diimplementasikan kebijakan pengembangan aparatur yang berbasis pada kompetensi di bidang kesehatan	Terimplementasika nnya kebijakan penegmabangan aparatur yang berbasis kompetensi kesehatan sehingga dapat mendorong pelayanan yang profesional bagi masyarakat miskin

Berbagai Alternatif Rancangan Model implementasi kebijakan yang pengembangan aparatur yang berbasis kompetensi dibidang kesehatan di daerah	Rancangan Model Implementasi Kebijakan Pengembangan Kompetensi Aparatur Kesehatan Untuk Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Pada Masyarakat Miskin Di Daerah	Diharapkan dapat menjadi solusi untuk meningkatkan kompetensi aparatur di bidang kesehatan untuk memberikan pelayanan secara profesional bagi masyarakat miskin di daerah	Adanya kebijakan yang bersifat teknis untuk mengembangkan aparatur yang berbasis kompetensi di bidang kesehatan untuk meningkatkan profesionalitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah
---	---	---	---

Th II

Rancangan Model Yang Telah Ditemukan pada Penelitian Tahun I	Rancangan Model Yang Telah teruji	Diharapkan Akan Menemukan Rancangan Model Yang Benar-Benar Siap Untuk Diimplemntasikan	Pengembangan Kompetesni Aparatur Kesehatan Dapat Diimplemntasikan Dengan efektif dan Efisien.
--	-----------------------------------	--	---

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Pengembangan Aparatur Kesehatan Untuk Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin

Desentralisasi menimbulkan perubahan yang positif pada beberapa fungsi manajemen SDM dalam organisasi dinas tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Desentralisasi menimbulkan inspirasi bagi daerah untuk melaksanakan peran sentral, misalnya dalam pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan. Desentralisasi merupakan salah satu faktor pendukung terjadinya perubahan pola manajemen SDM di daerah. Disarankan kepada pihak pemerintah daerah dapat meninjau ulang sistem perekrutan tenaga kesehatan agar sesuai dengan kebutuhan. Agar pihak SDM kesehatan di daerah, baik medis maupun nonmedis senantiasa meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam bekerja dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat. Sebelum desentralisasi terdapat empat lembaga yang mengatur sistem kesehatan di daerah, yang terdiri dari : (1). Kantor Wilayah Depkes, yang menjadi kepanjangan tangan Depkes di Provinsi (2). Kantor Departemen yang menjadi subordinat kantor wilayah provinsi di tingkat kabupaten (3). Dinas kesehatan propinsi, sebagai lembaga yang berada di bawah koordinasi pemerintah provinsi (4). Dinas kesehatan kabupaten/kota, sebagai lembaga yang berada di bawah koordinasi pemerintah kabupaten/kota. Dengan adanya keempat lembaga yang mengatur sistem kesehatan, maka kegiatan supervisi di lapangan menimbulkan masalah yang berkaitan dengan *power and respect*. Hal ini dapat menimbulkan permasalahan yang terkait dengan pola ketenagaan dan distribusi karena tidak tersedianya informasi mengenai kebutuhan tenaga dan realokasi tenaga di masing-masing daerah. Sedangkan untuk transfer tenaga kesehatan yang terjadi adalah kelambatan pengiriman tenaga ke daerah karena lamanya prosedur administrasi. Dalam konteks pola ketenagaan yang terjadi adalah : 1. *Over staffing* untuk tenaga non-profesional (tenaga non-teknis) 2. *Under staffing* untuk tenaga

professional (tenaga teknis) Dalam organisasi dinas, populasi terbanyak adalah tenaga administrasi yang perekrutannya lebih bernuansa politis daripada berdasarkan kebutuhan. Dalam hal pelatihan tenaga kesehatan, program yang dijalankan adalah program pusat yang diselenggarakan di pusat atau di daerah. Hal ini menyebabkan sering terjadi *mis-match* antara kebutuhan pelatihan yang terkait erat pada masalah lapangan dengan program yang diberikan. (fungsi pelayanan) Desentralisasi merupakan bentuk reformasi sektor pelayanan masyarakat yang banyak ditempuh oleh berbagai negara, baik negara maju maupun negara berkembang. Desentralisasi bertujuan untuk: (1) Meningkatkan wewenang dan tanggung jawab pemerintah daerah (2) Meningkatkan keikutsertaan masyarakat dan penyelenggara pelayanan masyarakat yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat (3) Memperkuat kerja sama dan integrasi pelayanan masyarakat di daerah (4) Restrukturisasi dan efisiensi pelayanan masyarakat (5) Mendukung inovasi dan pengembangan pelayanan masyarakat, seperti yang banyak dikhawatirkan oleh para pakar pembangunan kesehatan, hasil yang dicapai pada tahun-tahun pertama pelaksanaan desentralisasi pelayanan kesehatan tidak berhasil meningkatkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efisien, adil dan merata maupun tepat guna; hal ini bisa disebabkan karena lemahnya kemampuan SDM daerah dalam merencanakan dan mengelola pembangunan kesehatan secara mandiri. Tenaga kerja merupakan sumber daya terpenting sesudah pembiayaan kesehatan, termasuk salah satu kesulitan-kesulitan yang timbul dalam pelaksanaan desentralisasi. Isu-isu paling relevan adalah yang berkaitan dengan *human resource planning* dan suplai tenaga, mengakibatkan distribusi tenaga yang tidak merata. (Misnaniarti:15)

Kebijakan BPJS dimaksudkan agar masyarakat miskin mempunyai kesempatan yang sama untuk memperoleh jaminan kesehatan dengan masyarakat yang lebih mampu bahkan dengan adanya BPJS dimaksudkan agar masyarakat miskin mendapatkan pelayanan kesehatan yang semakin meluas dengan fasilitas lebih baik, lebih mudah untuk baik pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah maupun oleh pihak swasta. Kebijakan pelayanan

kesehatan kepada masyarakat miskin dimaksudkan untuk memberikan kepastian terhadap terjaminnya kesehatan secara mendasar. Dengan demikian diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh sehingga akan meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Standard pelayanan kesehatan dapat dipenuhi jika SDM di bidang kesehatan mempunyai kompetensi yang memadai. Sedangkan pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki berbagai persyaratan pokok. Syarat pokok yang dimaksud adalah (<http://jurnalbidandiah>) : (1) Tersedia dan berkesinambungan ; Pelayanan kesehatan harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan. (2) Dapat diterima dan wajar ; Pelayanan kesehatan harus dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. (3). Mudah dicapai ; Pelayanan kesehatan harus mudah dicapai (*acesible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud di sini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. (4). Mudah dijangkau ; Pelayanan kesehatan harus mudah dijangkau atau *affordable* oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan dimaksud disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. (5). Bermutu; Pelayanan kesehatan harus bermutu (*quality*), pengertian mutu yang dimaksud di sini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dimana di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditentukan.

Untuk menjamin kesehatan masyarakat miskin pemerintah telah mengeluarkan kebijakan yang diharapkan dapat meringankan beban bagi

masyarakat miskin terhadap biaya kesehatan. Kebijakan tersebut telah direalisasikan dengan diberlakukanya UU No.24 tahun 2011 tentang BPJS yang mengatur sebuah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia. Dalam UU No.24 Tahun 2011 pasal 5 ayat (2) disebutkan fungsi BPJS adalah : (1) Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. (2) Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun dan jaminan hati tua. Dalam pasal 10 disebutkan tugas BPJS adalah : (1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta; (2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja; (3) Menerima Bantuan iuran dari Pemerintah; (3) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta; (4) mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial; (5) membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan (6) memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada peserta dan masyarakat. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam UU No.24 Tahun 2011 Pasal 10, BPJS berwenang untuk: (1) Menagih pembayaran iuran ; (2) Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai; (3) Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional; (4) Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah; (5) Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan; (6) Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya; (7) Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain

sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan; dan (8) Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan berfungsi menyelenggarakan jaminan kesehatan di Indonesia. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam UU No.24 Tahun 2011 Pasal 12, BPJS berkewajiban untuk :

- (1) Memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta;
- (2) Mengembangkan asset dana jaminan sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta ;
- (3) Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya ;
- (4) Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- (5) Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- (6) Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;
- (7) Memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- (8) Memberikan informasi kepada peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- (9) Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim dan berlaku umum;
- (10) Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan jaminan sosial; dan
- (11) Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

Dengan adanya BPJS masyarakat miskin dapat memperoleh jaminan kesehatannya dari penyakit yang ringan sampai penyakit yang mematikan pelayanan dari puskesmas sampai dengan rumah sakit. Untuk meningkatkan pelayanan pada masyarakat miskin maka sangat adanya pengembangan sistem manajemen SDM rumah sakit yang mengatur peran dan fungsi dari masing-masing jenis tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit tersebut. Hal ini penting karena inti pelayanan rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan publik yang bermutu adalah adalah hamonisasi dari peran dan fungsi tenaga profesional

yang terlibat pada rumah sakit tersebut dalam menyelenggarakan jasa pelayanan kesehatan. Upaya pemerintah untuk mengentaskan kemiskinan dan meningkatkan derajat kesehatan dengan memberikan subsidi pembiayaan kesehatan tidaklah berarti bahwa harus melanggar norma-norma hukum dan aturan yang melekat pada pelayanan kesehatan. Haruslah dipahami bahwa aturan-aturan yang berlaku dalam pelayanan kesehatan rumah sakit cenderung bersifat *lex specialist*, sehingga harus ada sinkronisasi antara kepentingan pasien disatu pihak dan rumah sakit di pihak yang lain. Antara kepentingan politik dan kepentingan hukum seyogyanya berjalan seiring. Lingkungan ekonomi memberikan kontribusi dalam pengembangan fungsi pelayanan rumah sakit. Bagi rumah sakit yang padat modal lebih leluasa untuk mengembangkan pelayanan rumah sakit melalui penyediaan alat-alat kedokteran dan kesehatan mutakhir, melakukan kerja sama dengan pihak ketiga dalam hal pengembangan sarana dan prasarana rumah sakit, melakukan riset dan penelitian ilmiah serta pengembangan sumber daya manusia kesehatan yang bekerja pada rumah sakit tersebut. Dampak dari pengembangan tersebut adalah besarnya beban pembiayaan kesehatan yang harus dikeluarkan oleh pasien dan masyarakat untuk menikmati pelayanan kesehatan yang bermutu.

(<http://drampera.blogspot.com/2011/04>)

5.2. Faktor-Faktor Yang Menghambat Pengembangan Kompetensi Aparatur di Bidang Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin

Dengan semakin luasnya pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang rentan terhadap kesehatan maka kebijakan ini harus didukung dengan kesiapan aparatur di bidang kesehatan, karena walaupun kebijakan ini sangat baik akan tetapi jika tidak didukung dengan aparat yang kompeten maka pelayanannya tidak akan optimal. Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, dalam pertimbangannya menyebutkan bahwa tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat

sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum. Kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang menyeluruh oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat secara terarah, terpadu dan berkesinambungan, adil dan merata, serta aman, berkualitas, dan terjangkau oleh masyarakat.

Data di Kab. Sidoarjo di bidang pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut (data tahun 2015): Dokter Spesialis sebanyak 64 orang, Dokter umum berjumlah 98 orang, Dokter gigi berjumlah 37 orang, Tenaga farmasi sebanyak 80 orang, Ahli gizi (berpendidikan D1-D4/S1 Gizi) sebanyak 53 orang, Perawat sebanyak 553 orang, Bidan sebanyak 291 orang, Ahli Kesehatan Masyarakat sebanyak 5, Ahli Sanitasi (lulusan SPPH, APK dan D3 Kesehatan lingkungan) sebanyak 25, Teknis medis terdiri dari Analis Lab, Tenaga medis dan Pranata Rontgen, Pranata anestesi dan Fisioterapis sebanyak 116 orang. Sedangkan untuk meningkatkan kompetensi aparatur di bidang kesehatan diklat berbasis kompetensi telah dilaksanakan di Kementerian Kesehatan berdasarkan usulan kebutuhan diklat masing-masing unit kerja dengan total pelaksanaan diklat tahun 2010 sd 2013 di lingkungan Kementerian Kesehatan berjumlah 21.144 pegawai, dengan rincian tahun 2010 berjumlah 4.714 pegawai, tahun 2011 berjumlah 6.299 pegawai, tahun 2012 berjumlah 4.307 pegawai, tahun 2013 berjumlah 5.824 pegawai. 10. Telah disusun Permenkes No. 57 Tahun 2012 tentang Pola Karir PNS di lingkungan Kementerian Kesehatan yang digunakan sebagai acuan dalam pengangkatan pegawai ke dalam Jabatan Struktural. Pengisian jabatan struktural Eselon I telah dilakukan melalui *Open Bidding* (seleksi terbuka) berdasarkan Surat edaran MenPAN RB No. 16 Tahun 2012 dengan hasil 2 (dua) orang pejabat Eselon I (Dirjen Bina Gikia dan Ka.badan POM). Sedangkan Dasar-dasar pengembangan kompetensi tenaga kesehatan adalah: (<https://www.google.co.id/webhp?>) (1) Pengembangan tenaga kesehatan perlu diwujudkan sebagai bagian dari pembangunan nasional yang berwawasan

kesehatan (2) Unsur-unsur pengembangan tenaga kesehatan harus saling menunjang meliputi perencanaan SDM kesehatan pendayagunaan, serta pendidikan dan pelatihan (3) Perencanaan Tenaga kesehatan perlu melandaskan pada dasar pembangunan kesehatan yang mengutamakan peningkatan dan pemerataan kesehatan yang berorientasi pada upaya promotif dan preventif (4) Pendayagunaan tenaga kesehatan perlu mengutamakan pemerataan dan peningkatan karir dalam rangka desentralisasi dan globalisasi (5) Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan perlu mengutamakan pada tersedianya SDM yang bermutu dan peningkatan profesionalisme . Saat ini di Sidoarjo akan meningkatkan status puskesmas agar nantinya bisa berkembang menjadi lebih baik lagi, bahkan dapat bersaing dengan klinik swasta yang mulai menjamur.; ada 26 Puskesmas yang diupayakan menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), dan belum satu pun yang menjadi BLUD. Sekarang ada 13 Puskesmas sudah ada fasilitas rawat inap sedangkan 13 Puskesmas lainnya masih rawat jalan. Perubahan status Puskesmas menjadi BLUD memang tidak mudah. Selain butuh tambahan tenaga medis, juga diperlukan tambahan perangkat. Sehingga nantinya tak ada lagi alasan bagi Puskesmas yang sudah berstatus BLUD tutup malam hari. (**berita metro** : sabtu, 26 september 2015 : 14)

Dalam konteks penyelenggaraan Sistem Administrasi Negara Kesatuan Republik Indonesia, kompetensi aparatur negara dikelompokkan menjadi 4 jenis, yaitu (Joko. 2003 :75-76) (1) Kompetensi Teknis (*technical competence*) yaitu kompetensi mengenai bidang yang menjadi tugas pokok organisasi. Definisi yang sama dimuat dalam PP no 101/2000 tentang Diklat Jabatan PNS, bahwa kompetensi teknis adalah kemampuan PNS dalam bidang teknis tertentu untuk pelaksanaan tugas masing-masing. Bagi PNS yang belum memenuhi persyaratan kompetensi jabatan perlu mengikuti Diklat teknis yang berkaitan dengan persyaratan kompetensi jabatan masing-masing. (2) Kompetensi Manajerial (*managerial competence*) adalah kompetensi yang berhubungan dengan berbagai kemampuan manajerial yang dibutuhkan dalam menangani tugas organisasi. Kompetensi manajerial meliputi kemampuan

menerapkan konsep dan teknik perencanaan, pengorganisasian, pengendalian dan evaluasi kinerja unit organisasi, juga kemampuan dalam melaksanakan prinsip *good governance* dalam manajemen pemerintahan dan pembangunan termasuk bagaimana mendayagunakan kemanfaatan sumberdaya pembangunan untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas. (3) Kompetensi Sosial (*Social Competence*), yaitu kemampuan melakukan komunikasi yang dibutuhkan oleh organisasi dalam pelaksanaan tugas pokoknya. Kompetensi sosial dapat terlihat di lingkungan internal seperti memotivasi SDM dan atau peran serta masyarakat guna meningkatkan produktivitas kerja, atau yang berkaitan dengan lingkungan eksternal seperti melaksanakan pola kemitraan, kolaborasi dan pengembangan jaringan kerja dengan berbagai lembaga dalam rangka meningkatkan citra dan kinerja organisasi, termasuk bagaimana menunjukkan kepekaan terhadap hak asasi manusia, nilai-nilai sosial budaya dan sikap tanggap terhadap aspirasi dan dinamika masyarakat. (4) Kompetensi Intelektual/Strategik (*intellectual / strategic competence*), yaitu kemampuan untuk berpikir secara strategic dengan visi jauh ke depan. Kompetensi intelektual ini meliputi kemampuan merumuskan visi, misi, dan strategi dalam rangka mencapai tujuan organisasi sebagai bagian integral dari pembangunan Nasional, merumuskan dan memberi masukan untuk pemecahan masalah dan pengambilan keputusan yang logis dan sistematis, juga kemampuan dalam hal memahami paradigma pembangunan yang relevan dalam upaya mewujudkan *good governance* dan mencapai tujuan berbangsa dan bernegara, serta kemampuan dalam menjelaskan kedudukan, tugas, fungsi organisasi instansi dalam hubungannya dengan Sistem Administrasi Negara Republik Indonesia. Pendayagunaan aparatur SDM Kesehatan mempunyai prinsip(<http://SDMrumahsakit.blogspot.com/2011/12>) : a. Merata, serasi, seimbang (pemerintah, swasta, masyarakat) lokal maupun pusat. b. Pemeratan : keseimbangan hak dan kewajiban c. Pendelegasian wewenang yang proporsional Perkembangan dan Hambatan Situasi SDM Kesehatan dapat digambarkan perkembangan dan sebagai berikut: a. Ketenagaan, Tenaga kesehatan merupakan bagian terpenting didalam peningkatan pelayanan

kesehatan, peningkatan kualitas harus menjadi prioritas utama mengingat tenaga kesehatan saat ini belum sepenuhnya berpendidikan D-III serta S-1 sedangkan yang berpendidikan SPK serta sederajat minim terhadap pelatihan teknis, hal ini juga berkaitan dengan globalisasi dunia dan persaingan terhadap kualitas ketenagaan harus menjadi pemicu.

Pengembangan Sumber Daya Manusia kesehatan (SDM Kesehatan) merupakan berbagai upaya perencanaan, pendidikan, dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tujuan pengembangan aparatur di bidang kesehatan, secara khusus bertujuan untuk menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai berikut : (1) Mampu mengembangkan dan memutakhirkan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang promosi kesehatan dengan cara menguasai dan memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya disertai dengan ketrampilan penerapannya di dalam pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan (2) Mampu mengidentifikasi dan merumuskan pemecahan masalah pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan melalui kegiatan penelitian (3) Mengembangkan/meningkatkan kinerja profesionalnya yang ditunjukkan dengan ketajaman analisis permasalahan kesehatan, merumuskan dan melakukan advokasi program dan kebijakan kesehatan dalam rangka pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan. (<http://SDMrumahsakit.blogspot.com/2011>). Sedangkan dari data lapangan menunjukkan beberapa faktor yang mempengaruhi pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Kompleksitas Birokrasi

Berdasarkan pada PP 38/2007 pasal 6 ayat (1) Pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/kota harus mengatur urusan-urusan yang diserahkan kepadanya. Bentuk aturan itu tidak lain adalah Peraturan daerah atau Peraturan Kepala daerah yang diterbitkan atas dasar Peraturan Daerah. Dengan demikian maka semua daerah Kabupaten/Kota

dalam melaksanakan kewenangan urusan pelayanan perlu menyiapkan peraturan daerah. Dalam kebijakan desentralisasi digunakan gabungan *unified system* dan *separated system*, artinya ada bagian-bagian kewenangan yang tetap menjadi kewenangan pemerintah, dan ada bagian kewenangan yang diserahkan kepada daerah untuk selanjutnya dilaksanakan pembina kepegawaian daerah. Pelayanan yang diberikan oleh pemerintah harus didasarkan pada kewenangan yang ada padanya. Tekanan pada kewenangan ini perlu untuk membedakan antara pelayanan yang diberikan oleh sektor publik dan pelayanan yang diberikan oleh sektor swasta. Kedua sektor publik tersebut sama-sama menjalankan pelayanan tetapi dalam rangka yang berbeda. Sektor pemerintah memberi pelayanan dalam rangka mencari dukungan, sedangkan sektor swasta memberi pelayanan dalam rangka mencari keuntungan. Dalam hal penataan sistem rekrutmen pegawai sudah dilakukan lebih transparan sehingga dapat mengurangi terjadinya penyimpangan. b) Dengan adanya Standar Kompetensi Jabatan dan *assesment* individu maka penempatan dan pengangkatan ke dalam Jabatan sudah berdasarkan kompetensi dan dapat diidentifikasi kebutuhan diklat masing-masing jabatan sehingga pola karir pegawai menjadi lebih jelas. c) Pengembangan database kepegawaian mempermudah proses administrasi kepegawaian di lingkungan Kementerian Kesehatan. Tenaga kerja merupakan sumber daya terpenting sesudah pembiayaan kesehatan, termasuk salah satu kesulitan-kesulitan yang timbul dalam pelaksanaan desentralisasi. Isu-isu paling relevan adalah yang berkaitan dengan *human resource planning* dan suplai tenaga, mengakibatkan distribusi tenaga yang tidak merata. Kemudian isu yang terkait dengan administrasi dan informasi, di antaranya adalah: peran organisasi yang mengelola kesehatan, distribusi SDM yang tidak merata, pola *rekrutment* tenaga kesehatan dan pola ketenagaan, kebutuhan staf untuk kategorikategori tertentu atau kebutuhan akan keterampilan-keterampilan yang lebih spesifik, supervisi, *training*, pemberdayaan dan utilisasi, pola pengurangan pegawai, serta sistem informasi SDM. Pada era desentralisasi terjadi perubahan yang mendasar

pada manajemen SDM kesehatan seperti : (1). Terjadinya perubahan pola manajemen SDM yang tadinya sangat sentralis menjadi lebih desentralis (2) Terjadinya perubahan pola perencanaan dan pengelolaan SDM kesehatan yang tadinya sangat *top down* menjadi *bottom up* (3) Terjadinya transfer otoritas yang tadinya pusat sangat power full menjadi sharing power dengan daerah (4). Terjadinya tuntutan perubahan regulasi SDM kesehatan yang tadinya otoritas sangat terpusat menjadi lebih diwarnai otoritas daerah. Status tenaga dipekerjakan dan diperbantukan mungkin perlu ditinjau ulang, untuk memberikan otoritas lebih besar kepada daerah untuk mengelola SDM kesehatan sesuai dengan kebutuhan mereka.(5).Terjadinya perubahan jelas terhadap fungsi dan tanggung jawab pusat dengan daerah secara jelas. Separasi bidang kerja antara pusat dan daerah menjadi hal yang perlu ditentukan secara jelas dan konsisten. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Tuntutan perubahan ini turut mengubah visi dan konsep manajemen SDM kesehatan yang selama ini diadopsi oleh Departemen Kesehatan. Perubahan total terhadap perilaku manajemen harus dilakukan dengan merujuk kepada perubahan yang dituntut oleh era desentralisasi. Untuk menerapkan desentralisasi SDM kesehatan merupakan masalah yang sangat kompleks. Hal ini tidak hanya menyangkut transfer personel, tetapi juga kompetensi, administratif, serta seluruh aspek yang berhubungan dengan pengelolaan SDM. Keputusan politik tinggi tentang desentralisasi menuntut perubahan peran dan tanggung jawab yang baru dari organisasi kesehatan baik di pusat maupun daerah. Sehingga untuk merespon keadaan ini perlu adanya redefinisi struktur organisasi, fungsi dan tanggung jawab pelayanan kesehatan antara pusat dan daerah, serta realokasi SDM kesehatan itu sendiri. Proses tersebut di atas membutuhkan perhatian yang sangat tinggi dan hati-hati terhadap isu yang sangat mempengaruhi sukses atau gagalnya proses desentralisasi. Ada 4 masalah yang harus ditangani dengan baik oleh eksekutif SDM kesehatan terutama di daerah, yaitu : a. Tersedianya informasi SDM kesehatan yang adekuat b. Kompleksitas transfer SDM c. Pengaruh Pemda, DPRD, Assosiasi dan LSM d. Moral dan motivasi SDM

Implementasi desentralisasi di daerah diharapkan dapat membawa dampak yang positif bagi pengembangan SDM tenagakesehatan, yaitu :1. Penyatuan administrasi kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten 2. Pemberdayaan dinas tingkat kabupaten/kota sesuai dengan atmosfer UU No.22 tahun 1999 (selanjutnya diperbaharui dengan UU No. 32. tahun 2004) 3. Pemberian kesempatan untuk menjalankan fungsi manajemen SDM di tingkat provinsi atau tingkat kabupaten/kota seperti rekrutment, penempatan,pemberdayaan, pemberian penghargaan dan pelepasan 4. Pengurangan pegawai sampai dengan 25% pada tahun 2005 Dampak desentralisasi lainnya adalah adanya peran baru dan *transfer of authority* menyebabkan karier fungsional memiliki prospek pengembangan yang lebih luas dan bersifar antar wilayah dibandingkan dengan karier struktural yang makin sempit. Dengan desentralisasi, maka masingmasing dinas wajib memiliki SDM yang handal untuk memiliki jabatan strategis. Oleh sebab itu keberadaan SDM dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan meningkatkan kinerja organisasi. Pejabat struktur tingkat seksi di dinas provinsi diperkecil. (Misnaniarti, 2010:16)

2. Perkembangan Jenis Penyakit dan Teknologi

Dengan semakin majunya masyarakat serta semakin tingginya mobilitas manusia maka hal ini mempunyai konsekuensi pula terhadap perkembangan berbagai penyakit baik secara kualitas maupun kuantitas. Munculnya berbagai penyakit yang ada di masyarakat maka merupakan tantangan bagi aparat untuk selalu meningkatkan kompetensinya agar setiap ada penyakit yang baru dapat segera dicegah maupun ditanggulangi. Demikian pula perkembangan teknologi di bidang kesehatan yang semakin canggih berimplikasi pada kesiapan aparat untuk memanfaatkan teknologi agar dapat lebih optimal dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Tujuan umum Pengembangan kompetensi SDM adalah untuk meningkatkan kualitas manusia dari aspek pengetahuan, keterampilan dan sikapnya untuk menjadikan dirinya berpengetahuan luas, bijaksana, berperilaku etis dan bertindak profesional. Sedangkan Aspek-Aspek *SDM yang dikembangkan* :Aspek fisik menyangkut kesehatan jasmani , Aspek non fisik menyangkut

kesehatan (Mental: pikiran, perasaan dan spiritulaitas ; Sosial: komunikasi dan interaksi; Ekonomis : efisiensi dan produktivitas) Pengembangan SDM pendekatan mikro berorientasi pada SDM dalam organisasi kerja meliputi perencanaan, pengadaan, pembinaan dan pengembangan, pemeliharaan , pemberian kompensasi hingga kepada pemberhentian. Sedangkan Pendekatan makro merupakan bentuk upaya meningkatkan kualitas SDM dalam suatu negara melalui pendidikan dan pemberdayaan. Perkembangan penyakit, terkait dengan perkembangan penyakit berbagai macam penyakit seiring dengan perkembangan masyarakat sehingga aparatur kesehatan dituntut untuk selalu meningkatkan pengetahuannya agar selalu siap dengan berbagai permasalahan penyakit masyarakat yang semakin lama semakin berfariatif. Begitu juga tentang perkembangan teknologi kesehatan yang semakin maju sehingga aparatur di bidang kesehatan harus terus bisa menyesuaikan diri dan menambah skillnya di bidang pemanfaatan sarana dan prasarana kesehatan yang tak bisa diabaikan begitu saja untuk dapat mendukung kerjanya secara optimal. Sebagai langkah untuk mengantisipasi setiap perkembangan jenis penyakit dan teknologi kesehatan maka telah dilakukan penguatan SDM di unit yang memberikan pelayanan publik telah dilakukan penyusunan Kurikulum dan Modul (Kurmod) di bidang teknis kesehatan, yaitu Kurmod Pelatihan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergency Dasar (PONED), Kurmod Pelatihan Juru Malaria Desa, Kurmod Pelatihan Perawat ICU, Kurmod Pelatihan Tim Kesehaan Haji Indonesia (TKHI), Kurmod Pelatihan Petugas Pemeriksa Kesehatan Jemaah Haji (PPKJH), Kurmod Pelatihan Panitia Penyelenggara Ibadah Haji (PPIH) Bidang Kesehatan, Kurmod Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN), Kurmod Pelatihan Dokter Kewnangan Tambahan (DKT/Dokter Plus), Kurmod PelatihanPetugas Unit Transfusi Darah Rumah Sakit, Kurmod Pelatihan Tenaga Kesehatan di DTPK, Kurmod Pelatihan Juru Pemantau Jentik (Jumantik), Kurmod Pelatihan Keperawatan Gawat Darurat Tingkat Dasar, Kurmod Pelatihan Kompetensi

Dasar Keperawatan, dan Kurmod Pelatihan Perawat Kesehatan Masyarakat; di bidang Fungsional Kesehatan yaitu Kurmod Pelatihan Teknisi Elektromedis, Kurmod Pelatihan Teknisi Transfusi Darah, Kurmod Pelatihan Terapis Wicara, Kurmod Pelatihan Bidan, Kurmod Pelatihan Perawat, Kurmod Pelatihan Fisioterapis, Kurmod Pelatihan Radiografer, Kurmod Pelatihan Epidemiolog, Kurmod Pelatihan Entomolog, Kurmod Pelatihan Adminkes, Kurmod Pelatihan Penyuluh Kesehatan Masyarakat (PKM); Kurmod Orientasi CPNS, Rencana Kurmod PJJ Manajer RS dan Kurmod Pelatihan Administrasi Pejabat Struktural; Kurmod pelatihan manajemen keuangan bagi pejabat struktural, Kurmod perencanaan kebutuhan SDM berdasarkan ABK, Kurmod pelatihan item development, Kurmod pelatihan evaluasi pasca pelatihan. (Anoname, Profil , 2012 – 2014)

4. Kondisi Sosial Ekonomi Pasien

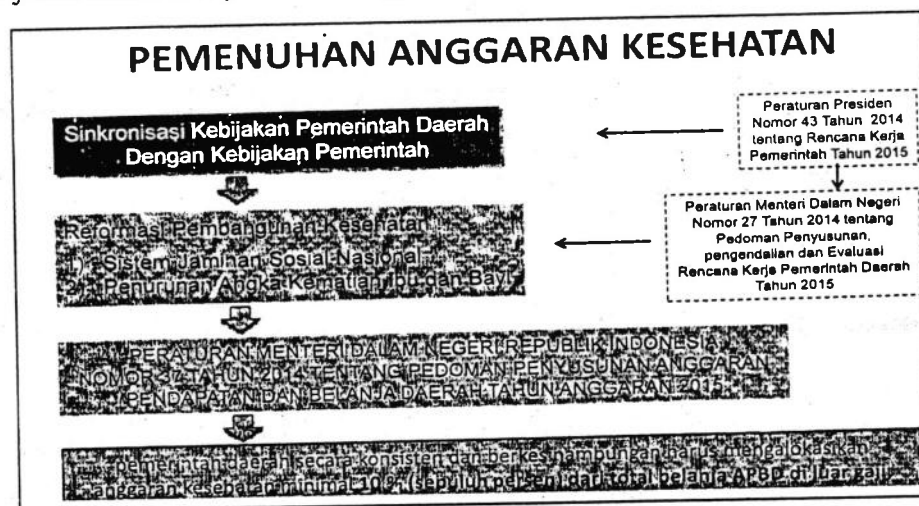
Pelayanan kesehatan merupakan interaksi terhadap orang lain, terkait dengan pelayanan masyarakat miskin maka perilaku aparat menjadi lebih sensitive untuk dapat dimengerti dan dimaknai oleh masyarakat miskin. Kondisi social, ekonomi dan psikologis akan berpengaruh kepada respon masyarakat terhadap setiap pelayanan yang diterimanya. Baik terkait dengan aspek medis seperti misalnya perlakuan tenaga medis, obat-obatan maupun non medis seperti misalnya fasilitas , pelayanan administrasi. Oleh karena itu penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian, dan kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Untuk memenuhi hak dan kebutuhan kesehatan setiap individu dan masyarakat, untuk pemerataan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, dan untuk memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada tenaga kesehatan dan masyarakat penerima upaya

pelayanan kesehatan, perlu pengaturan mengenai tenaga kesehatan terkait dengan perencanaan kebutuhan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu aparatur kesehatan. Untuk meningkatkan perilaku aparatur dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat maka telah ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 008 tahun 2012 tentang Kode Etik PNS di lingkungan Kementerian Kesehatan yang telah disosialisasikan kepada seluruh pegawai di lingkungan Kemenkes untuk meningkatkan disiplin dan kualitas kerja, perilaku yang santun, profesional, jujur dan transparan sehingga dapat meningkatkan citra pegawai Kementerian Kesehatan. Untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan khususnya pada masyarakat miskin maka telah ditetapkan empat belas indikator untuk dapat mengukur kepuasan pelayanan kesehatan yaitu: (Anoname, Profil, 2012 - 2014) Prosedur Pelayanan; Persyaratan Pelayanan; Kejelasan Petugas Pelayanan; Kedisiplinan Petugas Pelayanan; Tanggung Jawab Petugas Pelayanan; Kemampuan Petugas Pelayanan; Kecepatan Pelayanan; Keadilan mendapatkan pelayanan; Kesopanan dan keramahan petugas; Kewajaran biaya pelayanan; Kepastian biaya pelayanan; kepastian jadwal pelayanan; kenyamanan lingkungan; dan kenyamanan pelayanan. Seangkan hasil survey kepuasan pelayanan menunjukkan tahun 2012 nilai : 71,20 ; tahun 2013 nilai : 70,6, mutu pelayanan B (Baik).

5. Pembiayaan

Ketersediaan dana untuk meningkatkan kompetensi aparatur merupakan hal yang sangat penting namun tidak jarang hal ini justru terabaikan. Pembiayaan yang terkait dengan pengembangan aparatur kadang kurang mendapatkan prioritas karena adanya keterbatasan dana di daerah dalam mengembangkan kompetensi aparatur kesehatan sehingga dalam hal ini tergantung pada pemerintah provinsi dan pemerintah pusat. Pembiayaan terhadap pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor utama didalam peningkatan pelayanan kesehatan, baik untuk belanja modal maupun belanja barang begitu juga terhadap peningkatan kompetensi

aparatur. Di dalam upaya peningkatan pembiayaan terhadap sektor kesehatan dianggarkan melalui dana APBN, APBD Provinsi dan Kabupaten, serta sumber lainnya. Pembiayaan juga terkait dengan ketersediaan sarana kesehatan yang cukup secara jumlah/kuantitas dan kualitas bangunan yang menggambarkan unit sarana pelayanan kesehatan yang bermutu baik bangunan utama, pendukung dan sanitasi kesehatan lingkungan. Pembangunan sarana kesehatan harus dilengkapi dengan peralatan medis, peralatan nonmedis, peralatan laboratorium beserta reagensia, alat pengolahan data kesehatan, peralatan komunikasi, kendaraan roda empat dan kendaraan roda dua (<http://SDMrumahsakit.blogspot>) . Dua bagan berikut menggambarkan bagaimana anggaran kesehatan dipenuhi baik oleh pemerintah pusat dan daerah; dimana pemerintah daerah mempunyai kewajiban untuk menyediakan anggaran minimal 10 % (Nuryanto)



**ALOKASI BELANJA URUSAN KESEHATAN PROVINSI TA. 2015
(HASIL EVALUASI RANCANGAN PERDA APBD)**

No	Provinsi	Anggaran	Belanja	Persentase
1	Aceh	12.755.643.725.149.00	1.731.837.673.868.40	13.58
2	Sumatera Utara	8.679.942.294.100.00	400.331.385.496.00	4.61
3	Sumatera Barat	4.051.128.491.300.00	554.743.910.240.00	13.69
4	Riau	10.718.616.466.418.20	880.021.250.523.70	8.21
5	Jambi	3.513.160.756.557.81	336.691.007.000.00	9.58
6	Sumatera Selatan	6.303.404.424.576.00	478.025.623.272.00	7.58
7	Bengkulu	2.258.697.036.011.25	290.855.805.233.80	12.88
8	Lampung	4.106.843.248.665.77	394.495.977.309.00	9.61
9	Jawa Barat	24.753.758.333.100.00	644.192.997.558.00	2.60
10	Jawa Tengah	17.337.686.334.000.00	1.887.535.859.000.00	10.89
11	DI Jogjakarta	3.669.426.462.513.24	193.737.896.979.00	5.28
12	Jawa Timur	13.720.919.803.000.00	1.905.724.299.798.00	8.03
13	Kalimantan Barat	4.571.000.932.843.00	349.218.832.960.00	7.64
14	Kalimantan Tengah	3.652.064.714.929.00	297.506.969.688.00	8.15
15	Kalimantan Selatan	5.271.601.442.000.00	659.335.218.000.00	18.20

Upaya yang telah dilakukan oleh Pemkab. Sidoarjo untuk pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan terutama pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin adalah:

- (1) Melakukan koordinasi secara intensif dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo selaku *leading sector* bidang kesehatan di Sidoarjo terkait peningkatan kompetensi aparatur (misalnya penyelenggaraan atau pengikutsertaan aparatur bidang kesehatan untuk mengikuti Diklat teknis dan fungsional berbasis kompetensi) serta Diklat Kepemimpinan yang diikuti oleh aparatur yang berada di lingkup Dinas Kesehatan.
- (2) Pemantauan secara berkala disiplin pegawai dengan melakukan Sidak (inspeksi mendadak) ke Rumah Sakit Umum Daerah serta puskesmas-puskesmas.
- (3) Pemrosesan urusan kepegawaian (kenaikan pangkat, mutasi, kesejahteraan pegawai, kediklatan) yang professional.
- (4) Penindakan terkait disiplin pegawai aparatur bidang kesehatan yang terlibat kasus-kasus indisipliner.
- (5) Pemrosesan ijin belajar dan tugas belajar. Ijin belajar sangat terkait dengan formasi yang tersedia. Dalam upaya mengembangkan kompetensi aparatur bidang kesehatan, agar dapat lebih professional dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama untuk masyarakat miskin Pemkab. Sidoarjo telah melakukan :

- (1) Memberikan dukungan dalam mengarahkan kebijakan bidang kesehatan di daerah yang *pro poor* khususnya yang terkait pengembangan aparatur di bidang kesehatan
- (2) Memperhatikan dan mempertimbangkan dengan sungguh-sungguh kesejahteraan untuk aparatur bidang kesehatan
- (3) Komunikasi, Koordinasi dan

kolaborasi yang intensif dengan Dinas Kesehatan, RSUD Kab Sidoarjo serta puskesmas-puskesmas terkait peningkatan kompetensi, peningkatan kinerja dan penindakan disiplin pegawai (4) Melanjutkan program Diklat seperti Diklat Pra Jabatan sebagai syarat untuk CPNS yang akan diangkat menjadi PNS, Diklat Kepemimpinan sebagai syarat untuk menduduki jabatan eselon, Diklat-diklat teknis.

5.3. Rancangan Model Pengembangan Kompetensi Aparatur Di Bidang Kesehatan Bagi masyarakat Miskin

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan dalam pasal 1 Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan: 1. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. 2. Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga. 3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. Dalam Pasal 8 Tenaga di bidang kesehatan terdiri atas: a. Tenaga Kesehatan; dan b. Asisten Tenaga Kesehatan. **Pasal 9** (1) Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf a harus memiliki kualifikasi minimum Diploma Tiga, kecuali tenaga medis. (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai kualifikasi minimum Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri. **Pasal 10** (1) Asisten Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf b harus memiliki kualifikasi minimum pendidikan menengah di bidang kesehatan. (2) Asisten Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat bekerja di

bawah supervise Tenaga Kesehatan. (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Asisten Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Menteri. Dalam Pasal 11

(1) Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam: a. tenaga medis; b. tenaga psikologi klinis; c. tenaga keperawatan; d. tenaga kebidanan; e. tenaga kefarmasian; f. tenaga kesehatan masyarakat; g. tenaga kesehatan lingkungan; h. tenaga gizi; i. tenaga keterampilan fisik; j. tenaga keteknisian medis; k. tenaga teknik biomedika; l. tenaga kesehatan tradisional; dan m. tenaga kesehatan lain.

(2) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis. (3) Jenis Tenaga Kesehatan yang

termasuk dalam kelompok tenaga psikologi klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah psikologi klinis. (4) Jenis Tenaga Kesehatan yang

termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas berbagai jenis perawat. (5) Jenis Tenaga Kesehatan

yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d adalah bidan. (6) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam

kelompok tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. (7) Jenis Tenaga Kesehatan

yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga

promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga. (8) Jenis Tenaga Kesehatan

yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan. (9) Jenis Tenaga Kesehatan

yang termasuk dalam kelompok tenaga gizi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h terdiri atas nutrisisionis dan dietisien. (10) Jenis Tenaga Kesehatan

yang termasuk dalam kelompok tenaga keterampilan fisik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf i terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur. (11) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok

tenaga keteknisan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf j terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis. (12) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga teknik biomedika sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf k terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik. (13) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf l terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan. (14) Tenaga Kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf m ditetapkan oleh Menteri. Pasal 12 Dalam memenuhi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan serta kebutuhan pelayanan kesehatan, Menteri dapat menetapkan jenis Tenaga Kesehatan lain dalam setiap kelompok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11

Sedangkan dalam Pasal 13 Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan, baik dalam jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan. **Pasal 14** (1) Menteri menetapkan kebijakan dan menyusun perencanaan Tenaga Kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan secara nasional. (2) Perencanaan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun secara berjenjang berdasarkan ketersediaan Tenaga Kesehatan dan kebutuhan penyelenggaraan pembangunan dan Upaya Kesehatan. (3) Ketersediaan dan kebutuhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui pemetaan Tenaga Kesehatan. **Pasal 15** Menteri dalam menyusun perencanaan Tenaga Kesehatan harus memperhatikan faktor: a. jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi Tenaga Kesehatan; b. penyelenggaraan Upaya Kesehatan; c. ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan; d. kemampuan pembiayaan; e. kondisi geografis dan sosial budaya; dan f. kebutuhan masyarakat. Dalam **Pasal 16** Ketentuan lebih lanjut mengenai perencanaan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah. **Pasal 17**

(1) Pengadaan Tenaga Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan dan pendayagunaan Tenaga Kesehatan. (2) Pengadaan Tenaga Kesehatan dilakukan melalui pendidikan tinggi bidang kesehatan. (3) Pendidikan tinggi bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diarahkan untuk menghasilkan Tenaga Kesehatan yang bermutu sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Pelayanan Profesi. (4) Pendidikan tinggi bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diselenggarakan dengan memperhatikan: a. keseimbangan antara kebutuhan penyelenggaraan Upaya Kesehatan dan dinamika kesempatan kerja, baik di dalam negeri maupun di luar negeri; b. keseimbangan antara kemampuan produksi Tenaga Kesehatan dan sumber daya yang tersedia; dan c. perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. (5) Penyelenggaraan pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengadaan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah. **Pasal 18** (1) Pendidikan tinggi bidang kesehatan diselenggarakan berdasarkan izin sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. (2) Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah mendapatkan rekomendasi dari Menteri. (3) Pembinaan teknis pendidikan tinggi bidang kesehatan dilakukan oleh Menteri. (4) Pembinaan akademik pendidikan tinggi bidang kesehatan dilakukan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan. (5) Dalam penyusunan kurikulum pendidikan Tenaga Kesehatan, penyelenggara pendidikan tinggi bidang kesehatan harus mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan dan berkoordinasi dengan Menteri. (6) Penyelenggaraan pendidikan tinggi bidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), ayat (4), dan ayat (5) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. **Pasal 19** (1) Dalam rangka penjaminan mutu lulusan, penyelenggara pendidikan tinggi bidang kesehatan hanya dapat menerima mahasiswa sesuai dengan kuota nasional. (2) Ketentuan mengenai kuota nasional penerimaan mahasiswa diatur dengan Peraturan

Menteri yang menyelenggarakan urusan bidang pendidikan setelah berkoordinasi dengan Menteri. **Pasal 20** (1) Penyelenggaraan pendidikan tinggi bidang kesehatan harus memenuhi Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan. (2) Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi. (3) Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun secara bersama oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, asosiasi institusi pendidikan, dan Organisasi Profesi. (4) Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan. **Pasal 21** (1) Mahasiswa bidang kesehatan pada akhir masa pendidikan vokasi dan profesi harus mengikuti Uji Kompetensi secara nasional. (2) Uji Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi bekerja sama dengan Organisasi Profesi, lembaga pelatihan, atau lembaga sertifikasi yang terakreditasi. (3) Uji Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditujukan untuk mencapai standar kompetensi lulusan yang memenuhi standar kompetensi kerja. (4) Standar kompetensi kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disusun oleh Organisasi Profesi dan konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dan ditetapkan oleh Menteri. (5) Mahasiswa pendidikan vokasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang lulus Uji Kompetensi memperoleh Sertifikat Kompetensi yang diterbitkan oleh Perguruan Tinggi. (6) Mahasiswa pendidikan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang lulus Uji Kompetensi memperoleh Sertifikat Profesi yang diterbitkan oleh Perguruan Tinggi. (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan Uji Kompetensi diatur dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.

Pendayagunaan aparatur di bidang kesehatan dalam Pasal 22 (1) menyebutkan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat sesuai dengan tugas dan fungsi

masing-masing berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan. (2) Pendayagunaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas pendayagunaan Tenaga Kesehatan di dalam negeri dan luar negeri. (3) Pendayagunaan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan memperhatikan aspek pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan. **Pasal 23** (1) Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib melakukan penempatan Tenaga Kesehatan setelah melalui proses seleksi. (2) Penempatan Tenaga Kesehatan oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan cara: a. pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil; b. pengangkatan sebagai pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja; atau c. penugasan khusus. (3) Selain penempatan Tenaga Kesehatan dengan cara sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pemerintah dapat menempatkan Tenaga Kesehatan melalui pengangkatan sebagai anggota TNI/POLRI. (4) Pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b serta penempatan melalui pengangkatan sebagai anggota TNI/POLRI dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan. (5) Penempatan Tenaga Kesehatan melalui penugasan khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan dengan penempatan dokter pascainternsip, residen senior, pascapendidikan spesialis dengan ikatan dinas, dan tenaga kesehatan lainnya. (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan dengan penugasan khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diatur dengan Peraturan Menteri. **Pasal 24** (1) Penempatan Tenaga Kesehatan dilakukan dengan tetap memperhatikan pemanfaatan dan pengembangan Tenaga Kesehatan. (2) Penempatan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui seleksi. **Pasal 25.** (1) Pemerintah dalam pemerataan penyebaran Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dapat mewajibkan Tenaga Kesehatan lulusan dari perguruan tinggi yang diselenggarakan oleh Pemerintah untuk mengikuti seleksi penempatan. (2) Selain Tenaga Kesehatan sebagaimana

dimaksud pada ayat (1), seleksi penempatan dapat diikuti oleh Tenaga Kesehatan lulusan perguruan tinggi yang diselenggarakan oleh masyarakat. (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah. **Pasal 26** (1) Tenaga Kesehatan yang telah ditempatkan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melaksanakan tugas sesuai dengan Kompetensi dan kewenangannya. (2) Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan/atau kepala daerah yang membawahi Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus mempertimbangkan pemenuhan kebutuhan sandang, pangan, papan, dan lokasi, serta keamanan dan keselamatan kerja Tenaga Kesehatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan. **Pasal 27** (1) Tenaga Kesehatan yang diangkat oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah dapat dipindahtugaskan antarprovinsi, antarkabupaten, atau antarkota karena alasan kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau promosi. (2) Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan memperoleh hak kenaikan pangkat istimewa dan perlindungan dalam pelaksanaan tugas. (3) Dalam hal terjadi kekosongan Tenaga Kesehatan, Pemerintah atau Pemerintah Daerah wajib menyediakan Tenaga Kesehatan pengganti untuk menjamin keberlanjutan pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan. (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pemindahtugasan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah. **Pasal 28** (1) Dalam keadaan tertentu Pemerintah dapat memberlakukan ketentuan wajib kerja kepada Tenaga Kesehatan yang memenuhi kualifikasi akademik dan Kompetensi untuk melaksanakan tugas sebagai Tenaga Kesehatan di daerah khusus di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. (2) Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah memberikan tunjangan khusus kepada Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1). (3) Tenaga Kesehatan yang diangkat oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah di daerah khusus berhak mendapatkan fasilitas tempat tinggal atau rumah dinas yang disediakan oleh

Pemerintah Daerah. (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai penugasan sebagai Tenaga Kesehatan dalam keadaan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan tunjangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah. **Pasal 29** (1) Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah dapat menetapkan pola ikatan dinas bagi calon Tenaga Kesehatan untuk memenuhi kepentingan pembangunan kesehatan. (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai pola ikatan dinas bagi calon Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah. **Pasal 30** (1) Pengembangan Tenaga Kesehatan diarahkan untuk meningkatkan mutu dan karier Tenaga Kesehatan. (2) Pengembangan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan serta kesinambungan dalam menjalankan praktik. (3) Dalam rangka pengembangan Tenaga Kesehatan, kepala daerah dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertanggung jawab atas pemberian kesempatan yang sama kepada Tenaga Kesehatan dengan mempertimbangkan penilaian kinerja. **Pasal 31** (1) Pelatihan Tenaga Kesehatan dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. (2) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi program pelatihan dan tenaga pelatih yang sesuai dengan standar profesi dan standar kompetensi serta diselenggarakan oleh institusi penyelenggara pelatihan yang terakreditasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggara pelatihan Tenaga Kesehatan, program dan tenaga pelatih sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Dalam peraturan daerah provinsi Jawa Timur Nomor 7 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan Pasal 4 Pengaturan tentang Tenaga Kesehatan ini bertujuan untuk:

- a. Merencanakan dan memenuhi kebutuhan masyarakat akan tenaga kesehatan yang beretika dan profesional;
- b. Mendayagunakan tenaga kesehatan secara merata sesuai dengan kebutuhan masyarakat;
- c. Memberikan perlindungan kepada masyarakat dalam menerima penyelenggaraan upaya kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan;
- d. Meningkatkan kualitas dan kompetensi tenaga kesehatan;

- e. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi;
- f. Meningkatkan penghargaan dan kesejahteraan tenaga kesehatan; dan
- g. Memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan kepada masyarakat.

Pasal 20

- (1) Setiap tenaga kesehatan harus memiliki kompetensi yang dibuktikan dengan sertifikat kompetensi.
- (2) Untuk memperoleh sertifikat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setiap tenaga kesehatan harus lulus uji kompetensi yang diselenggarakan oleh institusi pendidikan tenaga kesehatan bekerja sama dengan organisasi profesi dan/atau lembaga sertifikasi yang sah dibentuk oleh Pemerintah.
- (3) Lembaga sertifikasi yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat mengevaluasi kompetensi tenaga kesehatan lulusan pendidikan vokasi dan pendidikan profesi.

Pasal 24

- (1) Tenaga kesehatan terdiri dari:
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga keperawatan;
 - c. tenaga kebidanan;
 - d. tenaga perawat gigi;
 - e. tenaga kefarmasian;
 - f. tenaga kesehatan masyarakat;
 - g. tenaga sanitarian;
 - h. tenaga gizi;
 - i. tenaga keterampilan fisik;
 - j. tenaga keteknisian medis; dan
 - k. tenaga kesehatan lainnya.

Sedangkan dalam Pasal 31

- (1) Setiap tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi tenaga kesehatan.
- (2) Standar profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam menjalankan tugas dan fungsi tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan serta dalam rangka meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan.

Pasal 35

- (1) Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan seluas-luasnya dalam mewujudkan peningkatan mutu dan profesionalisme tenaga kesehatan, sesuai dengan ketentuan Peraturan Daerah ini dan peraturan pelaksanaannya.
- (2) Dalam rangka meningkatkan mutu dan profesionalisme tenaga kesehatan, masyarakat dapat menyampaikan permasalahan, masukan dan/atau cara pemecahan masalah mengenai hal-hal di bidang tenaga kesehatan

Dalam penjelasan pasal 3 PP 101 tahun 2000 pengertian kompetensi adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki oleh PNS berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya. Berbagai Metode Pengembangan aparatur : Pengembangan aparatur melalui diklat, Pengembangan SDM melalui penugasan, Pengembangan aparatur melalui mutasi dan promosi, Pengembangan aparatur melalui sistem karir , Pengembangan aparatur melalui Gugus Kendali Mutu (GKM), Pengembangan aparatur melalui Waskat / Pembinaan. Peraturan perundangan yang terkait dengan pengembangan kompetensi aparatur di daerah berkaitan erat dan tidak bisa dipisahkan dengan aturan kepegawaian secara nasional yang selama ini berlaku di antaranya: PP. No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Pemkab. Sidoarjo dalam mengembangkan SDM di bidang kesehatan selalu memperhatikan peraturan perundangan yang terkait seperti dalam table berikut:

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 9 TAHUN 2015	PERUBAHAN KEDUA ATAS UNDANG-UNDANG NOMOR 23 TAHUN 2014 TENTANG PEMERINTAHAN DAERAH
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 2 TAHUN 2015	PENETAPAN PERATURAN PEMERINTAH PENGGANTI UNDANG-UNDANG NOMOR 2 TAHUN 2014 TENTANG PERUBAHAN ATAS UNDANG-UNDANG NOMOR 23 TAHUN 2014 TENTANG PEMERINTAHAN DAERAH MENJADI UNDANG-UNDANG
PERBERSAMA MENTERI TENAGA KERJA DAN TRANSMIGRASI NO.	KETENTUAN PELAKSANAAN PERMENPAN DAN RB NO. 5 TAHUN 2014 TENTANG JABATAN FUNSIONAL PENGANTAR KERJA DAN ANGKA KREDITNYA

14 TAHUN 2014 DAN KEPALA BKN NO. 28 TAHUN 2014	
PERBERSAMA MENTERI KESEHATAN NO. 46 TAHUN 2014 DAN KEPALA BKN NO. 23 TAHUN 2014	KETENTUAN PELAKSANAAN PERMENPAN DAN RB NO. 28 TAHUN 2013 TENTANG JABATAN FUNGSIONAL TEKNISI ELEKTROMEDIS DAN ANGKA KREDITNYA
PERBERSAMA MENTERI KESEHATAN NO. 48 TAHUN 2014 DAN KEPALA BKN NO. 22 TAHUN 2014	KETENTUAN PELAKSANAAN PERMENPAN DAN RB NO. 30 TAHUN 2013 TENTANG JABATAN FUNGSIONAL PEREKAM MEDIS DAN ANGKA KREDITNYA
PERBERSAMA MENTERI KESEHATAN NO. 47 TAHUN 2014 DAN KEPALA BKN NO. 21 TAHUN 2014	KETENTUAN PELAKSANAAN PERMENPAN DAN RB NO. 29 TAHUN 2013 TENTANG JABATAN FUNGSIONAL RADIOGRAFER DAN ANGKA KREDITNYA
PERBERSAMA MENTERI KESEHATAN NO. 22 TAHUN 2014 DAN KEPALA BKN NO. 15 TAHUN 2014	PERUBAHAN ATAS PERBERSAMA MENKES DAN KEPALA BKN NO. 50 TAHUN 2013 DAN NO. 18 TAHUN 2013 TENTANG KETENTUAN PELAKSANAAN PERMENPAN DAN RB NO. 13 TAHUN 2013 TENTANG JABATAN FUNGSIONAL PEMBIMBING KESEHATAN KERJA DAN ANGKA KREDITNYA
SURAT KEPALA BKN NOMOR K.26-30/V.1-1/99	PENGANGKATAN, PEMBERHENTIAN SEMENTARA, DAN PEMBERHENTIAN PNS DARI JABATAN FUNGSIONAL
SE MENPAN DAN RB NO. 10 TAHUN 2014	TENTANG PENINGKATAN EFEKTIVITAS DAN EFISIENSI KERJA APARATUR NEGARA
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 30 TAHUN 2014	ADMINISTRASI PEMERINTAHAN

PERATURAN PEMERINTAH PENGGANTI UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 2 TAHUN 2014	PERUBAHAN ATAS UNDANG-UNDANG NOMOR 23 TAHUN 2014 TENTANG PEMERINTAHAN DAERAH
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 23 TAHUN 2014	PEMERINTAHAN DAERAH
PERKA BKN NOMOR 29 TAHUN 2014	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PELAKSANAAN TES KOMPETENSI DASAR DENGAN COMPUTER ASSISTED TEST UNTUK SELEKSI CPNS DARI PELAMAR UMUM TAHUN 2014
PERKA BKN NOMOR 27 TAHUN 2014	KETENTUAN TEKNIS PELAKSANAAN PERPRES NOMOR 73 TAHUN 2014 TENTANG PENYESUAIAN GAJI POKOK PNS MENURUT PP NOMOR 22 TAHUN 2013 KE DALAM GAJI POKOK PNS MENURUT PP NOMOR 34 TAHUN 2014
PERKA BKN NOMOR 25 TAHUN 2014	PETUNJUK TEKNIS PENETAPAN PENSIUN POKOK PENSIUNAN PNS DAN JANDA/DUDANYA
PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 29 TAHUN 2014	SISTEM AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 5 TAHUN 2014	APARATUR SIPIL NEGARA
SE BERSAMA DIRJEN PERBENDAHARAAN NO. SE-19/PB/2014 DAN KEPALA BKN NO. 1/SE/2014	TINDAK LANJUT PERUBAHAN BATAS USLA PENSIUN BERDASARKAN UNDANG UNDANG NO. 5 TAHUN 2014 TENTANG APARATUR SLPLL NEGARA DAN PERATURAN PEMERINTAH NO. 21 TAHUN 2014 TENTANG PEMBERHENTIAN PNS

	YANG MENCAPAI BATAS USLA PENSIUN BAGI PEJABAT FUNGSIONAL
SURAT KEPALA BKN NOMOR K.26-30/V.47-4/99	PEDOMAN PENGANGKATAN TENAGA HONORER KATEGORI II FORMASI TAHUN ANGGARAN 2013 DAN TAHUN ANGGARAN 2014 MENJADI CALON PNS
PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 32 TAHUN 2014	PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA KAPITASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA MILIK PEMERINTAH DAERAH
SURAT KEPALA BKN NOMOR K.26-30/V.7-3/99	BATAS USIA PENSIUN PNS
SE MENPAN DAN RB NO. 4 TAHUN 2013	PEMBERIAN TUGAS BELAJAR DAN IZIN BELAJAR BAGI PNS
PERKA BKN NOMOR 1 TAHUN 2013	KETENTUAN PELAKSANAAN PP NOMOR 46 TAHUN 2011 TENTANG PENILAIAN PRESTASI KERJA PNS
PERATURAN PEMERINTAH RI NOMOR 101 TAHUN 2000	PENDIDIKAN DAN PELATIHAN JABATAN PEGAWAI NEGERI SIPIL
PERATURAN MENTERI DALAM NEGERI NOMOR 31 TAHUN 2007	PEDOMAN PENYELENGGARAAN DIKLAT DI LINGKUNGAN DEPARTEMEN DALAM NEGERI DAN PEMERINTAH DAERAH
PERATURAN DAERAH KABUPATEN SIDOARJO NO 21 TAHUN 2008	ORGANISASI PERANGKAT DAERAH KAB SIDOARJO
PERATURAN BUPATI SIDOARJO NO 56 TAHUN 2008	RINCIAN TUGAS DAN TATA KERJA BKD KAB SIDOARJO

Sumber: BKD Kab. Sidorajo

Unsur-unsur Utama dalam pengembangan aparatur di bidang kesehatan (<http://fafaynaf.blogspot.com>) . Subsistem aparatur kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yakni perencanaan, pendidikan dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan. (1). Perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. (2). Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan adalah upaya pengadaan tenaga kesehatan sesuai dengan jenis, jumlah dan kualifikasi yang telah direncanakan serta peningkatan kemampuan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. (3). Pendayagunaan tenaga kesehatan adalah upaya pemerataan peraniaitan pembinaan, dan pengawasan tenaga kesehatan. Penyelenggaraan subsistem aparatur kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut : (1) Pengadaan tenaga kesehatan, yakni yang mencakup jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan di sesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dinamika pasar di dalam maupun di luar negeri. (2). Pendayagunaan tenaga kesehatan memperhatikan asas pemerataan pelayanan kesehatan serta kesejahteraan dan keadilan bagi tenaga kesehatan. (3) Pembinaan tenaga kesehatan diarahkan pada penguasaan ilmu dan teknologi serta pembentukan moral dan akhlak sesuai dengan ajaran agama dan etika profesi yang diselenggarakan secara berkelanjutan. (4). Pengembangan karir dilaksanakan secara objektif, transparan, berdasarkan prestasi kerja, dan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan secara nasional. Sedangkan pendayagunaan tenaga kesehatan (a). Penempatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah dilakukan dengan sistem kontrak kerja, serta penempatan sebagai pegawai negeri sipil sesuai dengan kebutuhan. (b). Penempatan tenaga kesehatan dengan sistem kontrak kerja diselenggarakan atas dasar kesepakatan secara suka rela antara kedua belah Pihak. (c). Penempatan tenaga kesehatan sebagai PNS diselenggarakan dalam rangka mengisi formasi pegawai pusat dan pegawai daerah, serta formasi tenaga kesehatan strategis, yakni pegawai

pusat yang dipekerjakan di daerah. (d). Penempatan tenaga kesehatan milik swasta di dalam negeri, diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan milik swasta yang bersangkutan melalui koordinasi dengan Pemerintah. (h). Pembinaan dan pengawasan praktik profesi dilakukan melalui sertifikasi, registrasi, uji kompetensi, dan pemberian lisensi. Sertifikasi dilakukan oleh institusi pendidikan; registrasi dilakukan oleh komite registrasi tenaga kesehatan; uji kompetensi dilakukan oleh masing-masing organisasi profesi; sedangkan pemberian lisensi dilakukan oleh pemerintah. (i). Dalam pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan diberlakukan peraturan perundang-undangan, hukum tidak tertulis, serta etika profesi. (j). Pendayagunaan tenaga masyarakat di bidang kesehatan dilakukan secara serasi dan terpadu oleh pemerintah dan masyarakat. Pemberian kewenangan dalam teknis kesehatan kepada tenaga masyarakat dilakukan sesuai keperluan dan kompetensinya.

RENCANA AKSI PENGEMBANGAN APARATUR DI KESEHATAN
Hasil Diskusi tentang "Penguatan Pelayanan Kesehatan Melalui Pemenuhan Tenaga Kesehatan Rapat Kerja Kesehatan Nasional Regional Timur Makassar,
(Anoname, 2015)

N O	ISU/MA SALAH	SOLUSI	KAB/KOT	WAKT	PROV	WAKT	PUSAT
			A	U		U	
A PERENCANAAN							
1	Masih kurangnya Dokter umum dan dokter gigi, kesmas / promkes, kesling, gizi, farmasi, analisis kes di Puskesmas	Penerimaan dan penempatan dokter dan dokter gigi, dokter gigi, kesmas / promkes, kesling, gizi, farmasi, analisis kes di Puskesmas	Mengusulkan formasi tenaga dokter dan dokter gigi, kesmas / promkes, kesling, gizi, farmasi, analisis kes di Puskesmas	Mulai 2015	Mengakomodir dan memfasilitasi usulan formasi tenaga dokter dan dokter gigi, kesmas / promkes, kesling, gizi, farmasi, analisis kes di Puskesmas	Mulai 2015	Penyelesaian RPP tentang Rengun binwas nakes
2	Kurangnya dokter spesialis	Pemenuhan dan Penempatan	Mengidentifikasi kebutuhan /	2015	Mengidentifikasi kebutuhan dan	2015	Menyelesaikan dan menem

	di RS Rujukan Regional, RS Provinsi dan sebagian RS kelas C	dokter spesialis di RS Rujukan Regional dan RS Provinsi dan sebagian RS kelas C	pemetaan dan mengusulkan dokter spesialis di RS Rujukan Regional, RS Provinsi dan RS kelas C		mengusulkan dokter spesialis di RS Rujukan Regional, RS Provinsi sesuai usulan kab/kota Redistribusi dokter spesialis antar kabupaten/kota untuk ditempatkan di RS Rujukan Regional, RS Provinsi, RS kelas C sesuai kebutuhan		patkan dokter spesialis di RS Rujukan Regional, RS Provinsi sesuai usulan provinsi Melakukan standarisasi terhadap remunerasi dokter spesialis berdasarkan kriteria terpendek, sangat terpendek dan daerah yang tidak diminati
PERENCANAAN							
3	Adanya aturan tidak memperbolehkan tenaga honorer (Tidak ada nomenklatur	Melakukan percepatan penyusunan regulasi untuk penyelesaian masalah nomenklatur tenaga honorer	Mengidentifikasi kebutuhan tenaga kesehatan Melaporkan kebutuhan	2016	Melaporkan kebutuhan tenaga kesehatan	2016	Melakukan koordinasi dengan kementerian dalam negeri, Kemnpan dan RB serta instansi terkait lainnya untuk

	tenaga honorer)		n tenaga kesehatan				melakukan percepatan penyusunan peraturan pemerintah untuk UU no.5 / 2014 tentang ASN
4	Masih rendahnya tingkat kelulusan calon PPDS dari wilayah timur	Pembekalan khusus terhadap calon peserta PPDS sebelum tes masuk Dilakukan kajian terhadap pola pendidikan dokter spesialis Afirmasi calon PPDS dari wilayah timur tanpa mengurangi kualitas	Mengusulkan calon PPDS sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan	2015	Mengusulkan calon PPDS sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan Melakukan seleksi administrasi terhadap calon PPDS Membuat surat rekomendasi	2015	Membuat regulasi tentang PPDS Menyiapkan modul untuk pembekalan calon peserta PPDS Menyediakan dana untuk PPDS Bekerjasama dengan universitas di wilayah timur untuk menyiapkan bahan pembekalan khusus untuk calon PPDS
B PENGADAAN							
1	Masih rendahnya kualitas penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan pada bbrp institusi Diknakes	Peningkatan kualitas institusi pendidikan : - pemenuhan SDM (Dosen) dengan	Menyiapkan anggaran untuk meningkatkan kualitas pendidikan Dosen Diknakes - Peningkatan	2015 - 2016	Mengkoordinasikan dan memfasilitasi, merekomendasikan dengan pusat Menyiapkan anggaran untuk meningkatkan kualitas	2015 - 2016	Membuat regulasi untuk peningkatan mutu kualitas Diknakes Mengadvokasi Dikti Untuk Pembatas

		<p>kualifikasi yg sesuai peraturan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarana Prasarana - Standarisasi kurikulum - Moratorium pembukaan institusi Diknakes untuk bidang tertentu - Pembatasan jumlah Mhs - Akreditasi Diknakes 	<p>n kompetensi melalui pelatihan, magang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pembinaan, pendampingan dan pengawasan - Diknakes Mengadvokasi daerah untuk meningkatkan kualitas institusi pendidikan terutama Diknakes swasta 		<p>pendidikan Dosen Diknakes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan kompetensi melalui pelatihan, magang - Melakukan pembinaan, pendampingan dan pengawasan Diknakes Mengadvokasi daerah untuk meningkatkan kualitas institusi pendidikan terutama Diknakes swasta 		<p>an Kuota penerimaan Mhs baru sesuai hasil uji Kompetensi</p>
2	<p>Masih banyak nakes dengan pendidikan dengan pendidikan di bawah D III</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan jenjang pendidikan dari JPM/ D I ke D III 	<p>Melakukan sosialisasi UU no. 36 / 2014 ttg Tenaga Kesehatan Identifikasi jumlah nakes yang belum D III Mengaloka</p>	<p>2016 - 2020</p>	<p>Melakukan sosialisasi UU no. 36 / 2014 ttg Tenaga Kesehatan Identifikasi jumlah nakes yang belum D III Mengalokasikan dana untuk peningkatan pendidikan Mengusulkan</p>	<p>2016-2020</p>	<p>Menyiapkan Penyelenggaraan pendidikan lanjut ke D III melalui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PJJ - Kerjasama dg

			sikan dana untuk peningkatan pendidikan Mengusulkan nakes yang akan melanjutkan pendidikan D III		nakes yang akan melanjutkan pendidikan D III		UT - Reguler dengan RPL (kelas Sore) Meninjau kembali Peraturan tentang izin Belajar 30
3	Kualitas lulusan diknakes yang tidak siap pakai	Standarisasi implementasi kurikulum Diknakes	Memberikan informasi dan masukan dalam pengembangan dan review kurikulum Diknakes	Mulai 2015	Mengakomodir dan mengkoordinasikan informasi dan masukan dalam pengembangan dan review kurikulum Diknakes	Mulai 2015	Menyusun pedoman Pengembangan kurikulum Diknakes Memberikan Bimbingan Dalam penyusunan kurikulum institusi Meningkatkan pengawasan Serta monev implementasi kurikulum Diknakes 31
C PENDAYAGUNAAN							
1	Distribusi nakes tidak merata (di FKTP, FKRTL) dan penempatan nakes tidak sesuai kompetensinya	-Nakes ditempatkan sesuai dengan kebutuhan dan kompetensinya	Mengidentifikasi nakes yg penempatannya tidak sesuai dengan kompetensinya	Mulai 2015	Mengidentifikasi nakes yg penempatannya tidak sesuai dengan kompetensinya Meredistribus	Mulai 2015	Menyusun regulasi dan pedoman terkait kualifikasi jabatan dan

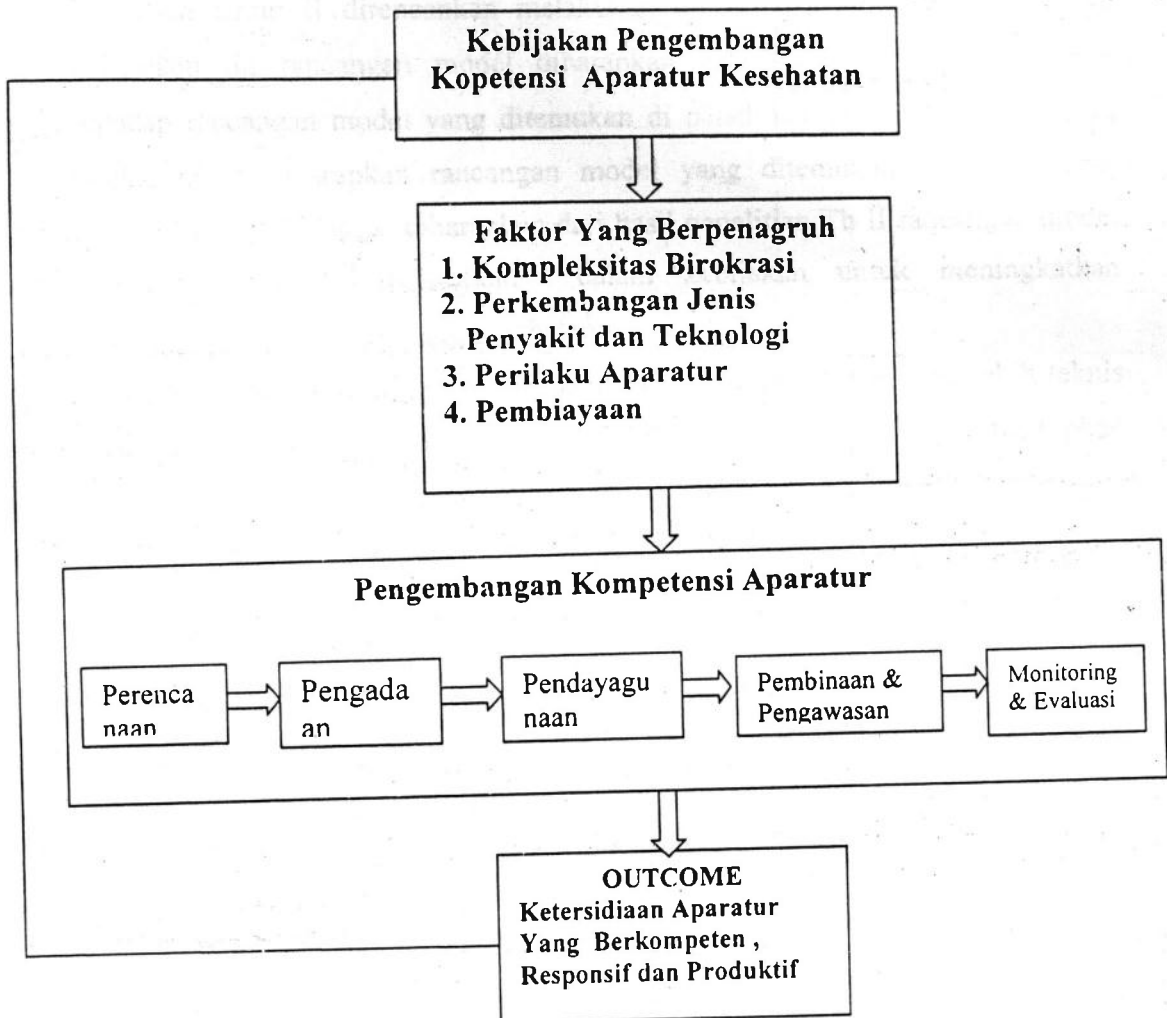
	ya		Mengidentifikasi fasyankes yg kekurangan / tidak memiliki nakes Meredistribusi nakes sesuai dengan kebutuhan dan kompetensinya. Koordinasi Kepala Dinas dengan BKD utk penempatan nakes		i nakes antar kab/kota sesuai dengan kebutuhan dan kompetensinya Mengusulkan kebutuhan nakes ke pusat Koordinasi Kepala Dinas dengan BKD utk penempatan nakes		penempatan nakes Menempatkan nakes pada fasyankes yang membutuhkan Melakukan dan mengimplementasikan kajian distribusi nakes
2	Perlu peningkatan kompetensi nakes	Peningkatan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di daerah	Mengusulkan calon peserta diklat peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di daerah Menyiapkan anggaran untuk peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di daerah	Mulai 2016	Mengakomodir dan memfasilitasi usulan calon peserta diklat peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di daerah Menyiapkan anggaran untuk peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di daerah	Mulai 2016	Menyiapkan dan Melaksanakan pelatihan teknis untuk tenaga kesehatan di daerah Melaksanakan standarisasi dan akreditasi pelatihan teknis tenaga kesehatan
3	Perlu	Peningkatan	Mengusulkan	Mula	Mengakomodir	Mul	Menyiapkan

	peningkatan kompetensi nakes	tan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di daerah	an calon peserta diklat peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di daerah Menyiapkan anggaran untuk peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di daerah	i 2016	ir dan memfasilitasi usulan calon peserta diklat peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di daerah Menyiapkan anggaran untuk peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di daerah	ai 2016	an dan Melaksanakan pelatihan teknis untuk tenaga kesehatan di daerah Melakukan standarisasi dan akreditasi pelatihan teknis tenaga kesehatan 33
4	Rendahnya retensi tenaga kesehatan	-Rotasi tenaga kesehatan antar puskesmas secara berkala	Mengidentifikasi puskesmas yang tidak diminati oleh nakes Menyiapkan dana untuk rotasi / "penugasan khusus" nakes	Mulai 2015	Mendukung kebijakan kab/kota dalam rotasi / penugasan khusus nakes di Puskesmas	Mulai 2015	Membuat regulasi untuk peningkatan retensi nakes di puskesmas yang tidak diminati
5	Rendahnya komitmen nakes untuk melaksanakan tugas sesuai dengan SK penempatan Menkes	Penandatanganan pakta integritas bagi nakes sebelum penempatan Mewajibkan nakes untuk	Pemenuhan terhadap kebutuhan dasar tenaga kesehatan dan keamanan serta kenyamanan dalam	2015	Pemenuhan terhadap kebutuhan dasar tenaga kesehatan dan keamanan serta kenyamanan dalam melaksanakan tugas	2015	Menyiapkan regulasi untuk peningkatan komitmen nakes untuk melaksanakan tugas sesuai

		mengikuti pendidikan dlm rangka menanamkan jiwa bela negara Memasukkan materi untuk menumbuhkan rasa jiwa bela negara ke dalam kurikulum Diknakes Memberikan penghargaan terhadap nakes yang berprestasi, diutamakan utk keg pendidikan, TKHI, diklat DN/LN	melaksanakan tugas				penugasan
D	PEMBINAAN DAN PENGAWASAN						
1	Masih banyak tenaga kesehatan yang belum kompeten	Pemberlakuan STR bagi tenaga kesehatan sesuai peraturan	Sosialisasi peraturan tentang kewajiban sertifikasi dan STR	2015	Mengusulkan permohonan STR yang sudah mempunyai sertifikat kompetensi	2015	Menerbitkan STR

		n dan perundangan yang berlaku					
2	Masih lemahnya pengawasan tenaga kesehatan baik dalam maupun luar negeri / tenaga kesehatan warga negara asing (TKWNA)	Meningkatkan pengawasan TKWNA dengan melibatkan semua pihak terkait Meningkatkan peran penyidik pegawai negeri sipil (PPNS) dalam pengawasan tenaga kesehatan DN dan LN	Aktif terlibat dalam pemantauan tenaga kesehatan dan TKWNA di kab / kota bekerjasama dengan Organisasi Profesi dan Tim Pengawasan Orang Asing (TimPORA) di daerah Mengalokasikan anggaran untuk pemantauan nakes dan TKWNA	2015	Aktif terlibat dalam pemantauan tenaga kesehatan dan TKWNA di kab / kota bekerjasama dengan Organisasi Profesi dan Tim Pengawasan Orang Asing (TimPORA) di daerah Mengalokasikan anggaran untuk pemantauan nakes dan TKWNA	2015	Mengkoordinir pembinaan dan pengawasan nakes dan TKWNA dengan daerah, lintas sektor dan TimPORA pusat Menyiapkan dan melaksanakan pelatihan PPNS Mengalokasikan anggaran untuk pemantauan nakes dan TKWNA
E MONITORING DAN EVALUASI							
1	Masih rendahnya monev di setiap jenjang administrasi	Meningkatkan monev di setiap jenjang administrasi Meningkatkan anggaran monev	Melakukan Monev ke Puskesmas Mengalokasikan anggaran monev	2015	Melakukan Monev ke Kabupaten/ kota Mengalokasikan anggaran monev	2015	Menyiapkan standar dan panduan Monev Mengalokasikan anggaran monev

RANCANGAN MODEL



BAB VI

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

1. Penelitian tahun II direncanakan melakukan uji Rancangan Model. Dengan melakukan uji rancangan model diharapkan akan dapat dilakukan koreksi terhadap rancangan model yang ditemukan di penelitian Th.I. Dengan adanya koreksi maka diharapkan rancangan model yang ditemukan di Th I dapat disempurnakan sehingga diharapkan dari hasil penelitian Th II rancangan model benar-benar dapat diaplikasikan dalam kebijakan untuk meningkatkan kompetensi aparatur di bidang kesehatan.
2. Direncanakan pada penelitian Th. II akan dilakukan penelitian yang lebih teknis dengan mengacu pada hasil penelitian Th.I Dengan demikian diharapkan penelitian akan dapat dikaji secara lebih detail namun lebih komprehensif.

BAB VII.

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Di tingkat Kab. Sidoarjo kebijakan pengembangan apataur kesehatan untuk masyarakat miskin sebenarnya tidak berbeda dengan pengembangan untuk masyarakat yang menengah ke atas , akan tetapi untuk memberikan jaminan agar pelayanan masyarakat miskin tetap sesuai standard pelayanan maka orientasi pembangunan diutamakan pengembangan fasilitas di puskesmas serta pengembangan *hard skill dan soft skill* pagi aparatur kesehatan yang langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari kesan adanya perbedaan pelayanan antara yang miskin dan yang mampu. Dengan demikian diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh sehingga akan meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Standard pelayanan kesehatan dapat dipenuhi jika SDM di bidang kesehatan mempunyai kompetensi yang memadai, mudah diakses, terjangkau, tersedia setiap waktu tanpa mengurangi mutu pelayanan.
2. Faktor - faktor yang berpengaruh terhadap pengembangan kompetensi aparatur di bidang kesehatan adalah (1) . Kompleksitas Birokrasi, kebijakan tentang otonomi daerah serta jaminan kesehatan yang baru (BPJS) masih diperlukan adanya sinkronisasi baik secara vertical maupun horizontal. (2). Perkembangan jenis penyakit dan teknologi, masyarakat yang semakin maju demikian juga jenis penyakit semakin beragam sehingga penanganannya diperlukan aparatur yang semakin kompeten dan menguasai teknologi terapan. (3). Kondisi sosial ekonomi pasien, terkait dengan pelayanan masyarakat miskin maka perilaku aparat menjadi lebih sensitive untuk dapat dimengerti dan dimaknai oleh masyarakat miskin. (4) Pembiayaan, ketersediaan dana untuk meningkatkan kompetensi aparatur merupakan hal yang sangat penting namun tidak jarang hal ini justru terabaikan karena keterbatasan anggaran di daerah sehingga sangat tergantung pada pemerintah provinsi dan pemerintah pusat.

3. Dalam rancangan model menunjukkan bahwa pengembangan kompetensi aparatur kesehatan dilakukan secara komprehensif merupakan tahapan-tahapan dari perencanaan sampai dengan monitoring dan evaluasi yang semuanya merupakan sistem yang saling terkait dan saling mempengaruhi sehingga menjadi kesatuan yang utuh yang tidak bisa hanya memprioritaskan salah satu tahapan dari pengembangan kompetensi aparatur kesehatan. Sehingga setiap tahapan tersebut harus dipastikan dapat berjalan secara optimal untuk dapat menjamin optimalitas pada tahapan berikutnya demikian dan seterusnya sebagai proses pengembangan aparatur kesehatan diharapkan akan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang maksimum kepada masyarakat khususnya masyarakat miskin.

7.2. Saran

1. Kebijakan jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin yang sekarang berupa BPJS dengan sistem asuransi yang sifatnya gotong royong yang lebih mampu membantu yang miskin merupakan kebijakan yang baru sehingga untuk memastikan kebijakan ini dapat diimplementasikan dengan optimal maka diperlukan adanya kajian yang terus menerus sehingga dapat dilakukan perbaikan-perbaikan baik sistem maupun kesiapan sumber daya termasuk kesiapan sumber daya aparturnya untuk dapat terus dikembangkan mencapai kualitas maupun kuantitas seperti yang direncanakan sehingga pelayanan kesehatan dapat memberikan kepuasan baik masyarakat yang mampu maupun masyarakat yang miskin.
2. Untuk dapat meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin maka diperlukan adanya sinergisitas semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan terutama terkait antara hubungan pusat dan daerah, hubungan antar instansi di daerah, peningkatan kompetensi aparatur secara kuantitas maupun kualitas baik *hard skill* maupun *soft skill* terutama pada pelayanan kesehatan pada tingkat primer

3. Perlu terus dikaji terkait dengan sistem pengembangan kompetensi aparatur kesehatan terutama pada aspek makro melalui perbaikan regulasi terutama untuk menghadapi Masyarakat Ekonomi Asian (MEA) karena akan terjadi kompetisi yang ketat sehingga perlu diatur agar kepentingan masyarakat Indonesia terutama masyarakat yang miskin dapat terlindungi dan dapat mendapatkan pelayanan yang memadai.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Jurnal

- Anoname, 2004, Lembaga Administrasi Negara RI, Budaya Kerja Aparatur Pemerintah, Jakarta
- Anoname, 2014, Profil Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan 2012 – 2014
- Anoname, 2015, Hasil Diskusi tentang “Penguatan Pelayanan Kesehatan Melalui Pemenuhan Tenaga Kesehatan Rapat Kerja Kesehatan Nasional Regional Timur Makassar, 9 – 12 Maret 2015
- Afdol, 2008, Pengembangan Teori Implementasi Hukum waris Islam Di Indoensia, *Pidato Pengukuhan Guru Besar*, Unair, Surabaya
- Agung Pujiono, , 2013. Pengembangan Kompetensi Aparatur Daerah Dalam Mendukung Penerapan Prinsip Good Governance Di Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi., Program Studi Magister Administrasi Publik, Program Pascasarjana, Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Bungin Burhan , 2001, *Metodologi Penelitian Sosial* ,: Airlangga University Press, Surabaya
- Gatot Pramuka, 2010, Masalah Birokrasi Sebagai Pelayanan Publik, Jurnal Masyarakat Kebudayaan dan Politik, Vol,20, no. 123-34, Kumpulan Arikel Ilmiah Universitas Airlangga, Nopemner
- Nuryanto, 2014, Penataan Urusan Pemerintahan Dalam Pembangunan Kesehatan, Implementasi UU No 23 Th 2014 Tentang Pemerintahan daerah
- Kusnandar Ateng H, 2012, kepala bidang kesejahteraan dan disiplin, bkd provinsi jawa barat ompetensi PNS apa, mengapa dan bagaimana

Misnaniarti, Aspek Penting Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (Sdm) Kesehatan Di Era Desentralisasi, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, Volume 1, No.1 Maret 2010*, Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

Ploina lalolo krina, 2003 indikator & alat ukur prinsip akuntabilitas, transparansi & partisipasi, sekretariat good public governance badan perencanaan pembangunan nasional jakarta - agustus

Purnama Siswanta. Jaka, 2012, Upaya Peningkatan Mutu Diklat Bagi Melalui Penyelenggaraan Diklat Berbasis Kompetensi Widyaiswara Madya Badan Diklat Provinsi Jawa Tengah,

Siswanto, 2005, *Pengantar Manajemen*, PT Bumi Aksara, Bandung

Shubhan Hadi, *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS) Volume 17, Issue 4 (Nov. - Dec. 2013), PP 46-50 e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845*

Triwiyatno Joko, Upaya Peningkatan Kompetensi Pns Melalui Perubahan Pola Pikir, Widyaiswara Madya - Badan Diklat Prov. Jawa Tengah. 2003

Peraturan Perundangan

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Ksesahatan

Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Pokok-pokok Kepegawaian

Perda Jatim Nomor 7 Tahun 2014 Tentang Tenaga Ksesahatan

Lampiran Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pengembangan Sistem Pendidikan Dan Pelatihan Berbasis Kompetensi Di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri Dan Pemerintahan Daerah

Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negeradan Reformasi Birokrasi Nomor 20 Tahun 2010 Tentang Road Map Reformasi Birokrasi 2010-2014

PP nomor 101 tahun 2000 (101/2000). Tentang Pendidikan Dan Pelatihan Jabatan PNS

Internet

<http://diskusi-banyuwangi.blogspot.com/2009/05/kompetensi-aparatur-sebagai-daya-dukung.html> dikutip 10/ 3/14) , Harsono Widi; Sumbergroto Srono

<Http://Www.Pareparekota.Go.Id/Kominfo/Berita/83-Kompetensi-Aparatur-Rendah>
Dikutip 16/4/2014)

[http://bkd.jabarprov.go.id/index.php/submenu/informasi/artikel/detailartikel/15,](http://bkd.jabarprov.go.id/index.php/submenu/informasi/artikel/detailartikel/15)
Adisaputra

<http://www.unescap.org/huset/gg/governance.htm>)

<http://www.setkab.go.id/pro-rakyat-12183-pelayanan-kesehatan-gratis-bagi-warga-miskin.html>, Arif Rahman Hakim & Khusnul Khotima Dalam Jumat, 21 Februari 2014 - 13:10 WIB
Pelayanan Kesehatan Gratis Bagi Warga Miskin

https://www.google.co.id/webhp?source=search_app&gws_rd=cr.ssl&ei=PPaXVfioJYGJuATJ7IHBYBg#q=Pengembangan-SDM-Kesehatan-Pertemuan-4 Landasan Kebijakan Pengembangan SDM Kesehatan di Indonesia

<http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/05/syarat-pokok-pelayanan-kesehatan.html>

<http://drampera.blogspot.com/2011/04/efektivitas-pelaksanaan-fung-rumah.html>)

https://www.google.co.id/webhp?source=search_app&gws_rd=cr.ssl&ei=PPaXVfioJYGJuATJ7IHBYBg#q=Pengembangan-SDM-Kesehatan-Pertemuan-4, 7,8

<http://SDMrumahsakit.blogspot.com/2011/12/SDM-kesehatan.html>)

<http://SDMrumahsakit.blogspot.com/2011/12/SDM-kesehatan.html>)

<http://drampera.blogspot.com/2011/04/efektivitas-pelaksanaan-fung-rumah.html>

<http://SDMrumahsakit.blogspot.com/2011/12/SDM-kesehatan.html>)

Berita metro : sabtu, 26 september 2015 hal. 14