

## Tenaga Kerja Kesehatan dalam Usaha Penurunan MDG4 dan MDG5: Sebuah Potret dan Harapan Aksi Segera

Di berbagai provinsi di Jawa dilaporkan angka kematian ibu stagnan bahkan ada yang memburuk dalam waktu empat tahun terakhir ini. Di provinsi Indonesia timur, kematian bayi dilaporkan memburuk sejak tahun 2000 ketika desentralisasi kesehatan dijalankan. Mengapa hal ini terjadi? Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhinya?

Dalam tajuk ini, secara khusus dibahas mengenai peranan tenaga kesehatan saat ini untuk usaha penurunan MDG4 dan MDG5. Potret situasi tenaga kesehatan saat ini adalah jumlah kurang, distribusi tidak merata, kerja sama antar profesi kurang, dan kompensasi yang tidak sesuai harapan. Kekurangan tenaga kesehatan terjadi di daerah maju seperti Jawa dan tentunya di daerah sulit seperti Papua ataupun Nusa Tenggara Timur (NTT). Di Jawa masih terjadi kekurangan dokter spesialis obsgin, anastesi, serta anak di berbagai kabupaten. Di daerah sulit seperti NTT dan Papua terjadi kekurangan dokter spesialis, dokter, bidan, dan perawat yang sangat besar. Kesenjangan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan di 32 Kabupaten/Kota sangat mencolok. Di DKI Jakarta ada sekitar 450-an dokter anak sementara di Bengkulu kurang dari 10. Di Jakarta lebih dari 150 tenaga spesialis anastesi bekerja, sementara di NTT tidak ada satupun spesialis yang bekerja penuh waktu.

Dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, terlihat bahwa kerja sama antar profesi kurang. Kesehatan ibu dan anak seolah identik dengan bidan dan dokter spesialis. Peranan dokter umum mengecil dalam dekade ini. Dokter umum menjadi profesi yang kurang terlatih dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. Kurikulum pendidikan dokter cenderung menempatkan dokter umum sebagai penonton dalam emergensi kebidanan. Sementara itu, jumlah spesialis obsgin sangat kurang. Sayangnya perhimpunan spesialis dan kolegiumnya terkesan tidak bersedia memberikan keahliannya ke dokter umum di daerah yang tidak ada atau kekurangan spesialis obsgin. Keadaan SDM ini diperparah dengan sistem kompensasi yang tidak menarik untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu dan anak khususnya yang melalui program jaminan kesehatan.

Mengingat momen pencapaian target MDG4 dan MDG5 di tahun 2015 sudah dekat, walaupun sudah agak terlambat, faktor SDM perlu diangkat sebagai isu strategis. Tanpa SDM yang baik maka upaya mengurangi kematian ibu dan anak tidak akan tercapai di tahun 2015, termasuk upaya mengurangi gap antara provinsi timur dan barat.

Dalam hal SDM, ada beberapa isu strategis yang perlu dibahas. Isu strategis pertama adalah perlunya tenaga kerja kesehatan bekerja bersama menggunakan prinsip pencegahan primer sampai sekunder/tertier dengan menggunakan pendekatan perjalanan alamiah penyakit. Analisis kebijakan menunjukkan bahwa kebijakan nasional tentang kesehatan ibu dan anak banyak berada di masyarakat dan puskesmas. Seiring dengan situasi ini, kebijakan nasional tentang tenaga kerja di MDG 4 dan MDG 5 banyak membahas bidan, jarang untuk dokter dan spesialis. Di samping itu, ada kecenderungan kebijakan kesehatan ibu dan anak tidak membahas pelayanan kuratif. Dalam penyusunan dan pelaksanaan kebijakan terlihat ada pemisahan kegiatan antara pelayanan primer dengan sekunder dan tertier. Akibatnya rumah sakit dan tenaga kerjanya dalam kondisi terabaikan dalam MDG4 dan MDG5, padahal saat ini di Jawa kematian ibu banyak terjadi di rumah sakit. Aksi strategis yang diperlukan dalam isu ini adalah: (1) Meningkatkan pemahaman tentang perlunya kerja sama pelayanan primer sampai sekunder-tertier; dan (2) Meningkatkan jumlah dan kerja sama antar profesi dalam MDG4 dan MDG5.

Dalam konteks aksi strategis ini patut dicatat bahwa Kemenkes melakukan penggabungan pembinaan pelayanan kesehatan primer dan sekunder-tertier. Ada dua Ditjen dengan nama dan tugas baru yaitu Ditjen Bina Upaya Kesehatan dan Ditjen Bina Gizi dan KIA. Bersama dua Ditjen baru ini diharapkan koordinasi pelayanan primer dengan sekunder/tertier menjadi lebih baik di pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Isu strategis kedua adalah perlunya inovasi dalam menambah jumlah dokter spesialis dan kemampuan tenaga kesehatan di berbagai tempat. Sebagai gambaran saat ini mutu sistem rujukan masih buruk. Di daerah sulit, PONEK dan PONEK 24 jam sulit berjalan karena kekurangan SDM.

Di banyak kabupaten di Jawa, pelaksanaan PONEK sulit 24 jam karena terbatasnya jumlah SDM dan sistem manajemen tidak memungkinkan. Apa inovasi strategisnya? (1) perlu dilakukan inovasi menambah jumlah tenaga melalui sistem kontrak seperti yang dilakukan Program Sister Hospital NTT; (2) perlu mendayagunakan residen. Residen saat ini dapat dikembangkan sebagai tenaga yang tidak hanya belajar tetapi juga bekerja. Residen dalam proses pendidikannya ditempatkan di RS yang kekurangan tenaga dan dibayar sesuai kompetensinya; (3) perlu melakukan *Task-Shifting*. Definisi *Task-Shifting* menurut WHO adalah: *Task shifting involves the rational redistribution of tasks among health workforce teams. Specific tasks are moved, where appropriate, from highly qualified health workers to health workers with shorter training and fewer qualifications in order to make more efficient use of the available human resources for health.* Melalui adanya *Task-Shifting* ini kebutuhan tenaga kesehatan secara sementara dapat diatasi, namun perlu pendidikan tenaga kesehatan yang sebenarnya; (4) perlu melakukan kontrak tenaga di pelayanan kesehatan primer. Saat ini memang sudah ada kontrak tenaga (dokter, bidan), namun kontrak bersifat perorangan yang kurang efektif. Di daerah sulit tenaga kontrak perorangan cenderung berkumpul di kota kabupaten. Kontrak perlu dilakukan secara kelompok dan menjamin aspek keamanan serta logistik. Inovasi ini membutuhkan

kemitraan antara pemerintah dan swasta. Lembaga Swadaya Masyarakat sebaiknya ada yang bisa menjadi kontraktor untuk menyediakan tenaga secara kelompok (dokter, bidan, perawat, epidemiolog, dan lain-lain).

Isu strategis ketiga adalah memperhatikan insentif bagi tenaga kesehatan. Sebagaimana diketahui tenaga kesehatan sebagai makhluk ekonomi mempunyai kepuasan hidup yang diukur dengan: (1) tingkat pendapatan yang terdiri dari: gaji dan insentif dari praktik; serta (2) waktu yang dapat dipakai untuk rekreasi. Saat ini penetapan insentif tenaga kesehatan masih berdasarkan asumsi. Pemerintah belum pernah melakukan negosiasi dengan ikatan profesi. Sementara itu, ikatan profesi masih belum mempunyai standar pendapatan dan insentif bagi anggotanya yang wajar. Sebagai gambaran penetapan insentif dalam Jampersal, ditolak oleh sebagian bidan karena tidak sesuai dengan harapan. Insentif dokter dalam sistem kapitasi puskesmas juga dirasakan sangat kurang oleh para dokter.

Sebagai penutup dapat ditegaskan bahwa target MDG 4 dan MDG 5 di tahun 2015 sulit tercapai tanpa inovasi dalam kebijakan tenaga kerja kesehatan. Dalam hal ini perlu ada keberanian untuk melakukan aksi yang bertujuan mengurangi kematian ibu dan anak dengan memperhatikan isu-isu strategis. Laksono Trisnantoro (trisanantoro@yahoo.com)