

OPSI-OPSI KEBIJAKAN UNTUK PELATIHAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN: PEMBELAJARAN DARI PENELITIAN POLA PENINGKATAN KOMPETENSI SUMBER DAYA MANUSIA DALAM OTONOMI DAERAH BIDANG KESEHATAN

*POLICY OPTIONS FOR HEALTH PERSONNEL'S TRAINING;
LESSON LEARNED FROM THE RESEARCH ON THE PATTERN OF IMPROVING HUMAN
RESOURCES COMPETENCY IN HEALTH SECTOR AUTONOMY*

Evie Sopacua, Didik Budijanto

Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan

ABSTRACT

Background: A tendency according to the implementation of health decentralization is that health centre and hospital will change into an entrepreneurship organization while health offices will be a birocracy organization with good governance practicisme. In connection with that, various new skills for health personnel's is needed which is managerial, leadership and entrepreneurship.

Method: In the year 2002–2004, Health Services and Technology Research and Development Centre have done a study about the pattern of improving human resources competency in health sector autonomy. The study was done through several phases and in 2002 an assessment was done about health personnel's managerial, leadership and entrepreneurship skills. In 2003 the assessment's result was implemented, followed by an evaluation of the implementation in 2004. This study located in the province of East Java, West Nusa Tenggara and East Kalimantan. Two districts was selected purposively in each province and the research targets were the head and staff of district health office, hospital and two health centers in the selected district

Result: Lesson learned from this study was some policy options. First, structuring the pattern of health personnel's improvement in a system. Second, integrating the four level evaluation of Kirkpatrick in the training evaluation. Third, planning and implementing an effective training program using Kirkpatrick's steps while the budget was counted with paying attention of the activity and phases according to the plan. Fourth, a management of a training program to escalate health personnel's competencies will involved stake holders. Fifth, that health personnel's in district health office needs to have the competency to organize and manage training programs.

Conclusion: The policy option that was proposed to improve health personnel's skill through training should be considered in the restructure of district health office specially in anticipating the implementation of government regulation No. 38/2007 and 4/2007.

Keywords: policy options, lesson learned, health personnel's training program

ABSTRAK

Latar belakang: Sehubungan dengan pelaksanaan desentralisasi kesehatan maka terdapat kecenderungan perubahan rumah sakit dan puskesmas ke arah lembaga usaha, sedangkan dinas kesehatan menjadi lembaga birokrat yang

harus memahami *good governance*. Untuk itu, diperlukan berbagai keterampilan baru bagi sumber daya manusia kesehatan yaitu keterampilan manajerial, kepemimpinan dan kewirausahaan.

Metode: Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan pada tahun 2002–2004 melaksanakan penelitian pola peningkatan kompetensi SDM dalam otonomi daerah bidang kesehatan. Penelitian ini dilaksanakan dengan beberapa tahapan yaitu pengkajian keterampilan SDM kesehatan tentang manajerial, kepemimpinan dan kewirausahaan (2002), implementasi hasil kajian melalui pelatihan (2003) dan evaluasi implementasi pelatihan (2004). Lokasi penelitian di Provinsi Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat dan Kalimantan Timur. Secara purposif dipilih dua kabupaten/kota di tiap provinsi penelitian dan sasaran penelitian adalah kepala dan staf dinas kesehatan kabupaten/kota, direktur dan staf rumah sakit umum kabupaten/kota serta kepala dan staf di dua puskesmas di kabupaten/kota penelitian.

Hasil: Pembelajaran dari penelitian ini adalah beberapa opsi kebijakan. Pertama yaitu penataan pola peningkatan kompetensi SDM kesehatan dalam suatu sistem. Opsi kedua adalah memasukan evaluasi 4 tahap dari Kirkpatrick dalam evaluasi pelatihan. Opsi ketiga adalah perencanaan dan implementasi program pelatihan yang efektif menurut Kirkpatrick dengan anggaran yang dihitung berdasarkan langkah kegiatan dan tahapan sesuai perencanaan. Keempat, bahwa penataan pelaksanaan suatu pelatihan untuk peningkatan kompetensi SDM kesehatan dilaksanakan dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan. Opsi kelima, bahwa SDM di dinas kesehatan kabupaten/kota perlu memiliki kompetensi dalam menyelenggarakan pelatihan.

Kesimpulan: Opsi-opsi kebijakan yang diusulkan untuk peningkatan keterampilan SDM kesehatan melalui pelatihan, perlu mendapatkan pertimbangan dalam restrukturisasi dinas kesehatan kabupaten/kota khususnya mengantisipasi pelaksanaan PP No. 38/2007 dan No. 41/2007.

Kata Kunci : opsi kebijakan, pembelajaran, pelatihan SDM kesehatan

PENGANTAR

Penerapan desentralisasi di bidang kesehatan pada tahun 1999 menyebabkan dinas kesehatan termasuk puskesmas, rumah sakit mendapat tugas dan wewenang yang sangat besar dalam era otonomi

daerah (otoda). Terkait dengan pelaksanaan desentralisasi kesehatan maka kecenderungan perubahan rumah sakit dan puskesmas ke arah lembaga usaha atau *entrepreneurship*, sedangkan dinas kesehatan cenderung menjadi lembaga birokrat yang harus memahami *good governance* atau menjadi *holding company* dari puskesmas dan berbagai lembaga pelayanan kesehatan lainnya.¹ Fenomena perubahan institusi pelayanan kesehatan kearah dua kutub yang berbeda yaitu kutub birokrasi dan kutub lembaga usaha perlu dipahami oleh para pimpinan lembaga kesehatan khususnya di daerah karena masing-masing kutub mempunyai kultur yang berbeda. Sehubungan dengan itu, hasil penelitian Gilsons menurut Trisnantoro¹ menunjukkan bahwa secara praktis perlu perubahan yang *incremental*, khususnya dalam pengembangan sumber daya manusia (SDM) yang terlibat didalamnya, sedangkan menurut Prud'Homme & Mc Lure seperti yang dicatat Trisnantoro¹, dalam keadaan otonomi daerah diperlukan berbagai keterampilan baru dalam aplikasi otonomi daerah. Trisnantoro¹ menjelaskan bahwa keterampilan yang diperlukan SDM kesehatan adalah mengelola perubahan, menciptakan usaha, dan mengelola aspek sosial, budaya, politik, dan ekonomi yang kesemuanya akan berdampak pada kinerja organisasi. Untuk itu, kemampuan manajerial SDM kesehatan yang perlu dimiliki adalah keterampilan manajerial, kepemimpinan dan kewirausahaan.

Kebutuhan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi SDM kesehatan tentang keterampilan manajerial, kepemimpinan dan kewirausahaan perlu dilakukan. Maka Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan melaksanakan penelitian pola peningkatan kompetensi SDM dalam otonomi daerah bidang kesehatan pada tahun 2002 – 2004.

Pelaksanaan Penelitian Pola Peningkatan Kompetensi SDM Dalam Otonomi Daerah Bidang Kesehatan

Penelitian pengembangan ini dilaksanakan dalam suatu pola dengan beberapa tahapan pelaksanaan yaitu pengkajian keterampilan manajerial SDM kesehatan yang diharapkan dan kenyataannya tahun 2002², implementasi hasil kajian melalui pelatihan tahun 2003³ dan evaluasi implementasi pelatihan tahun 2004.⁴ Lokasi

penelitian di Provinsi Jawa Timur (Jatim), Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) dan Provinsi Kalimantan Timur (Kaltim). Secara purposif dipilih dua kabupaten/kota di tiap provinsi penelitian dan sasaran penelitian adalah kepala dan staf dinas kesehatan kabupaten/kota, direktur dan staf rumah sakit umum kabupaten/kota, serta kepala dan staf di dua puskesmas di kabupaten/kota penelitian.

Pada penelitian tahap pertama tahun 2002² dilakukan pengkajian untuk menemukan *gap* antara keterampilan manajerial SDM kesehatan yang diharapkan dan kenyataannya. Variabel yang dikaji pada keterampilan manajerial meliputi manajemen perubahan yang diukur dari penanganan perubahan reaktif dan proaktif. Kemudian manajemen konflik yang diukur dari bentuk manajemen konflik (stimulasi/penekanan/penyelesaian) dan metode yang digunakan. Manajemen strategik diukur melalui perumusan visi, misi, tujuan, kajian faktor eksternal dan internal lembaga, isu strategik/pengembangan, strategi umum, bisnis dan fungsional, penerapan strategi dan rencana pelaksanaan dalam rencana strategik institusi. Keterampilan kepemimpinan dikaji pada variabel keterampilan direktif, supportif, partisipatif dan orientasi prestatif dan keterampilan kewirausahaan pada variabel keterampilan keberanian mengambil risiko, pemasaran, negosiasi lobi, orientasi pada tugas–hasil dan optimisme/percaya diri. Pengumpulan data dilaksanakan dengan wawancara dan observasi. Wawancara menggunakan kuesioner dengan skala peringkat dan sistem skoring untuk mengukur aspek konatif SDM kesehatan tentang keterampilan manajemen perubahan dan manajemen konflik, keterampilan kepemimpinan, serta keterampilan kewirausahaan. Observasi dan penelusuran dokumen rencana strategik dinas kesehatan, rumah sakit umum daerah dan rencana tahunan puskesmas dilakukan untuk mengkaji pemahaman konsep manajemen strategik. Data dianalisis secara deskriptif untuk menggambarkan keterampilan dari SDM kesehatan. Hasil kajian merupakan kebutuhan SDM kesehatan untuk peningkatan keterampilan. Berdasarkan hasil pengkajian dibuat draf modul untuk peningkatan kompetensi SDM kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan gambaran keterampilan manajerial, kepemimpinan dan kewirausahaan SDM kesehatan seperti yang ditunjukkan Tabel 1.

Tabel 1. Gambaran Keterampilan Manajerial, Kepemimpinan dan Kewirausahaan SDM Kesehatan di Tiga Provinsi Penelitian

Provinsi Jawa Timur (n=82)	Provinsi Kalimantan Timur (n=61)	Provinsi Nusa Tenggara Barat (n=35)
<p>1. Keterampilan Manajerial Ada 74.3% responden mempunyai keterampilan mengelola konflik masih kurang. Penilaian pemahaman konsep manajemen strategik dalam aplikasi penyusunan rencana strategik responden masih perlu peningkatan pemahaman.</p> <p>2. Keterampilan Kepemimpinan Keterampilan kepemimpinan dari 50% responden masih kurang terbanyak pada aspek suportif dan orientasi prestatif</p> <p>3. Keterampilan Kewirausahaan Keterampilan kewirausahaan dari 56.1% responden masih kurang, terbanyak dalam aspek pemasaran.</p>	<p>Keterampilan untuk mengelola konflik 90,1% responden masih kurang, sedangkan untuk komponen aplikasi dari manajemen strategik melalui rencana strategik (renstra) belum normatif sebagaimana yang diharapkan.</p> <p>Keterampilan kepemimpinan 52,2% responden masih kurang, terbanyak untuk aspek suportif dan orientasi prestatif.</p> <p>Keterampilan kewirausahaan 54.3% responden masih kurang, terbanyak dalam aspek pemasaran.</p>	<p>Keterampilan untuk mengelola konflik 91.5 % responden masih kurang, sedangkan untuk aplikasi dari manajemen strategik melalui rencana strategik (renstra) belum normatif sebagaimana yang diharapkan.</p> <p>Keterampilan kepemimpinan 62,90% responden masih kurang, terbanyak untuk aspek suportif dan orientasi prestatif.</p> <p>Keterampilan kewirausahaan 54.1% responden masih kurang, terbanyak dalam aspek pemasaran.</p>

Sumber : Budijanto dan Sopacua²

Kesimpulan pada tahap pengkajian ini adalah bahwa keterampilan kepemimpinan dan kewirausahaan SDM kesehatan masih kurang, baik di dinas kesehatan, rumah sakit umum daerah dan puskesmas di Provinsi Kalimantan Timur, Nusa Tenggara Barat dan Jawa Timur. Untuk itu, perlu meningkatkan kompetensi SDM kesehatan sesuai dengan perkembangan pelayanan rumah sakit dan puskesmas di masa mendatang, maka draft modul yang dibuat tentang keterampilan kewirausahaan dalam aspek pemasaran. Disarankan untuk melaksanakan *capacity building* melalui pelatihan untuk implementasi modul.

Pada tahap kedua penelitian tahun 2003³, draf modul disempurnakan menjadi modul Menuju Kewirausahaan dalam Pembangunan Kesehatan, Panduan Strategi Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit. Modul dikembangkan menggunakan hubungan pelanggan

atau *Customer Relationship Marketing (CRM)* sebagai strategi pemasaran. Pengembangan modul didampingi *expert* dari Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya sebagai konsultan karena keterbatasan waktu dan anggaran, implementasi modul dalam tahap kedua penelitian dilaksanakan dengan dua cara. Cara pertama adalah proses pembelajaran dengan penjelasan materi modul, mengisi kertas kerja berupa refleksi pemahaman terhadap materi modul dan diskusi. Proses pembelajaran ini dilaksanakan selama tiga hari, masing-masing di satu kabupaten pada ketiga provinsi penelitian. Evaluasi proses pembelajaran dilakukan dengan menggunakan format evaluasi tahap satu dari Kirkpatrick⁶ dan observasi peneliti (menggunakan format). Hasil evaluasi pelaksanaan pembelajaran modul terlihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Hasil Evaluasi Proses Pembelajaran Modul Menuju Kewirausahaan dalam Pembangunan Kesehatan, Panduan Strategi Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit di Kabupaten pada Tiga Provinsi Penelitian

Variabel Yang Dinilai	Kabupaten A Provinsi Jatim n=22 (100%)				Kabupaten B Provinsi Kaltim n=22 (100%)				Kabupaten C Provinsi NTB n=25 (100%)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Pembelajaran materi modul relevan dengan tupoksi sehari-hari	-	-	17 (77,3)	5 (22,7)	-	1 (4,5)	16 (72,7)	5 (22,7)	-	-	23 (92,0)	2 (8,0)
2. Pembelajaran materi modul relevan dengan program institusi	-	1 (4,5)	17 (77,3)	4 (18,2)	-	4 (18,2)	14 (63,6)	4 (18,2)	-	5 (20,0)	17 (68,0)	3 (12,0)
3. Cara penyampaian materi modul dalam pembelajaran	-	2 (9,1)	16 (72,7)	4 (18,2)	-	3 (13,6)	15 (68,2)	4 (18,2)	-	5 (20,0)	20 (80,0)	-

Keterangan : Skor : 1. Sangat tidak sesuai, 2. Tidak sesuai, 3. Sesuai, 4. Sangat sesuai

Sumber : Budijanto dan Sopacua³

Cara kedua adalah sosialisasi yaitu penjelasan materi dengan diskusi tanpa pengisian kertas kerja, dilakukan dalam satu hari, masing-masing di satu kabupaten pada ke tiga provinsi penelitian. Evaluasi proses sosialisasi hanya dengan observasi peneliti menggunakan format evaluasi. Proses pembelajaran dan sosialisasi ini diikuti oleh responden yang sama pada penelitian tahun 2002, tetapi hanya yang berasal dari rumah sakit umum daerah dan dari dua puskesmas terpilih di tiga provinsi penelitian serta kepala dinas dan kepala subdin bina pelayanan dinas kesehatan kabupaten/kota. Proses pembelajaran dan sosialisasi bukan metode yang tepat untuk pengalihan pengetahuan materi modul, tetapi keterbatasan anggaran dan waktu menyebabkan pilihan ini. Pelatihan merupakan komponen penting dari pembelajaran atau *learning*⁵ tetapi diharapkan proses ini dapat menghasilkan perubahan yaitu didapatnya kemampuan baru yang berlaku untuk waktu yang relatif lama.

Kesimpulan pada penelitian tahap kedua ini bahwa proses pembelajaran dan sosialisasi materi modul sebagai cara pelatihan untuk meningkatkan keterampilan SDM kesehatan dapat dilakukan. Tetapi disarankan agar implementasi modul dilanjutkan dengan pendampingan sehingga diperoleh pengalihan pengetahuan sebagai hasil dari implementasi modul. Perlu dilakukan evaluasi implementasi (evaluasi pascapelatihan) untuk menilai apakah materi modul benar-benar dimanfaatkan dalam pekerjaan sehari-hari dan berdampak bagi puskesmas dan rumah sakit, khususnya dalam menciptakan program-program CRM sebagai suatu strategi pemasaran.

Pada tahap ketiga penelitian tahun 2004⁴, dilakukan evaluasi implementasi modul

menggunakan evaluasi 4 tahap dari Kirkpatrick.⁶ Evaluasi dilaksanakan pada responden dari puskesmas dan rumah sakit, baik yang mengikuti pembelajaran dan sosialisasi pada penelitian tahun 2003, tetapi yang menerapkan materi modul dalam pekerjaannya sehari-hari. Penilaian pada setiap tahap evaluasi adalah sebagai berikut.

- a. Evaluasi tahap 1 atau *Reaction Level*: 60% responden menyatakan materi pelatihan bermanfaat karena relevan dengan pekerjaan sehari-hari (tupoksi).
- b. Evaluasi tahap 2 atau *Learning Level*: 60% responden menyatakan dapat menerapkan sebagian dari materi pelatihan ke dalam integritas pekerjaan mereka sehari-hari.
- c. Evaluasi tahap 3 atau *Behaviour Level*: 60% responden menyatakan telah mendiseminasikan sebagian materi pelatihan kepada teman sekerja dalam unit/bidang yang sama dalam integritas pekerjaan mereka sehari-hari (perubahan keahlian).
- d. Evaluasi tahap 4 atau *Result Level*: 60% peserta pelatihan dapat membuat rencana penerapan materi pelatihan untuk dilaksanakan dalam kegiatan sehari-hari.

Walau sebenarnya evaluasi tahap 1 dari Kirkpatrick⁶ sudah dilakukan pada penelitian tahun 2003 (Tabel 2), tetapi pengulangan penilaian dilakukan untuk mendapatkan kesinambungan penilaian dari tahap 1 sampai 4 pada responden yang sama. Hasilnya tidak jauh berbeda karena kesesuaian materi modul pada Tabel 2, lebih dari 60% di ketiga provinsi penelitian sama dengan evaluasi tahap 1 (*reaction level*) dalam Tabel 3.

Tabel 3. Evaluasi Implementasi Modul Menuju Kewirausahaan dalam Pembangunan Kesehatan, Panduan Strategi Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit Menggunakan Evaluasi 4 Tahap dari Kirkpatrick di Tiga Provinsi Penelitian

Evaluasi Implementasi Modul Tahap 1 – 4 dari Kirkpatrick	Provinsi Jatim n=17 (%)	Provinsi Kaltim n=17 (%)	Provinsi NTB n=14 (%)
Tahap 1 : <i>Reaction level</i> : materi pelatihan bermanfaat karena relevan dengan pekerjaan sehari-hari (tupoksi)			
1. Bermanfaat	5 (29.4)	4 (33.3)	5 (35.7)
2. Cukup Bermanfaat	12 (70.6)	5 (41.7)	6 (42.9)
3. Tidak berpendapat	-	3 (25.0)	3 (21.4)
Tahap 2 : <i>Learning level</i> : kesempatan menerapkan materi modul dan dukungan fasilitas untuk itu			
1. Ada kesempatan menerapkan sebagian materi dan cukup dukungan fasilitas	17 (100)	12 (100)	13 (92.9)
2. Tidak ada kesempatan dan dukungan fasilitas	-	-	1 (7.1)
Tahap 3 : <i>Behaviour Level</i> : pelaksanaan diseminasi materi modul			
1. Dilakukan, hanya sebagian materi	12 (70.6)	8 (66.7)	7 (50.0)
2. Tidak berpendapat	5 (29.4)	4 (33.3)	7 (50.0)
Tahap 4: <i>Result level</i>: rencana penerapan materi modul di institusi (puskesmas & rumah sakit umum daerah)			
1. Sudah ada rencana penerapan	16 (94.1)	8 (66.7)	10 (71.4)
2. Belum ada rencana penerapan	1 (5.9)	3 (25.0)	2 (14.3)
3. Tidak berpendapat	-	1 (8.3)	2 (14.3)

Sumber : Sopacua, Budijanto, Prajoga⁴

Tabel 3 menunjukkan bahwa target yang ditentukan pada evaluasi setiap tahap yaitu 60%, untuk evaluasi tahap 1, 2 dan 4 di ketiga provinsi penelitian tercapai. Pada evaluasi tahap 3 target tersebut dicapai Provinsi Jatim dan Kaltim.

Menurut Kirkpatrick⁶, ke-4 tahap evaluasi ini berkaitan sehingga pencapaian tahap berikut tergantung tahap sebelumnya. Walau di Provinsi NTB, pencapaian evaluasi tahap 3 hanya 50%, tetapi pada evaluasi tahap 4 target evaluasi tercapai karena sebenarnya terjadi perubahan keahlian. Kendala yang dihadapi dalam implementasi modul di puskesmas khususnya adalah belum ada dukungan dinas kesehatan. Ada dua hal yang ditengarai sebagai penyebab yaitu materi modul belum merupakan prioritas dan ketidakpahaman dinas kesehatan tentang materi modul walau saat pembelajaran dan sosialisasi dinas kesehatan terlibat dan hadir. Kirkpatrick⁶ menganjurkan agar pada evaluasi tahap 3 dan 4 dilakukan penilaian ulang dengan tenggang waktu yang ditentukan, tetapi pada penelitian ini tidak dapat dilakukan karena keterbatasan waktu dan anggaran. Keterbatasan ini juga menyebabkan pada evaluasi tahap 4 tidak dilakukan pengkajian ulang tentang keterampilan kewirausahaan dengan materi yang sama yang digunakan pada penelitian tahap satu sehingga peningkatan keterampilan SDM kesehatan dampak pelatihan dapat diukur.

Kesimpulan evaluasi implementasi modul menunjukkan bahwa materi modul dapat diterapkan di puskesmas dan rumah sakit, tetapi untuk itu diperlukan dukungan dari dinas kesehatan dan juga pemerintah daerah. Dukungan diperlukan agar materi modul diterapkan secara terintegrasi dengan kegiatan lain yang diselenggarakan puskesmas dan rumah sakit sehingga dapat dianggarkan. Keterbatasan waktu dan anggaran menyebabkan pola peningkatan kemampuan SDM kesehatan melalui penelitian ini tidak dapat dilaksanakan sebagaimana yang seharusnya. Disarankan agar evaluasi 4 tahap dari Kirkpatrick dilakukan pada pelatihan jangka panjang yang terencana dengan baik di puskesmas dan rumah sakit. Pendampingan pada aplikasi materi pelatihan dalam pekerjaan sehari-hari diperlukan sehingga pengalihan pengetahuan dapat terlaksana. Pelatihan sebaiknya direncanakan berdasarkan suatu analisis kebutuhan pelatihan. Evaluasi tahap 3 dan 4 sebaiknya dilakukan dua kali dengan tenggang waktu yang sudah ditentukan dalam perencanaan pelatihan. Di samping itu, pada evaluasi tahap 4 seharusnya dilakukan pengkajian ulang tentang keterampilan kewirausahaan dengan materi yang sama yang digunakan pada tahap satu penelitian. Hasil pengkajian pada evaluasi tahap 4

ini kemudian dibandingkan dengan hasil pengkajian kebutuhan pelatihan pada penelitian tahap satu, sehingga dapat diketahui apakah ada peningkatan keterampilan setelah pelatihan.

Lesson Learned Dari Penelitian Pola Peningkatan Kompetensi SDM Dalam Otonomi Daerah Bidang Kesehatan

Penelitian pada tahun 2002-2004 seperti yang diuraikan di atas menggambarkan suatu pola peningkatan kompetensi SDM kesehatan dalam otonomi daerah bidang kesehatan. *Lesson learned* yang diperoleh adalah bahwa:

1. Pola peningkatan kompetensi SDM kesehatan diawali dengan suatu pengkajian kebutuhan pelatihan (*training need assessment = TNA*) yang menjelaskan *gap* antara harapan dan kenyataan yang ada. Hasil kajian digunakan sebagai dasar perencanaan pelatihan bagi SDM kesehatan yang diharapkan berdampak pada kinerja organisasi baik dinas kesehatan, rumah sakit dan puskesmas. Selain itu, hasil kajian merupakan data awal atau data dasar yang pada evaluasi pascapelatihan dapat dibandingkan untuk menilai keberhasilan pelatihan.
2. Modul materi pelatihan untuk peningkatan kompetensi SDM kesehatan sesuai hasil kajian apabila belum ada, perlu dikembangkan dan pengembangan modul membutuhkan waktu, dana dan *experts*.
3. Pelatihan bukan sesuatu yang dapat dilaksanakan secara instan, tetapi memerlukan perencanaan yang matang dan komprehensif dengan keterlibatan berbagai pemangku kepentingan.
4. Pelatihan pada SDM kesehatan untuk peningkatan kompetensi sebaiknya direncanakan berdasarkan kebutuhan pelatihan yang normatif sehingga ada dukungan pascapelatihan dari institusi ketika materi pelatihan diimplementasikan. Perencanaan pelatihan sebaiknya sudah mengandung pelaksanaan evaluasi 4 tahap dari Kirkpatrick dengan waktu penjadwalan yang sudah diagendakan dan anggaran yang sudah diperhitungkan berdasarkan kegiatan yang akan dilakukan. Kegiatan yang dihitung sudah termasuk pengkajian kebutuhan pelatihan dan pelaksanaan evaluasi tahap 3 dan 4 dengan pengulangan pada tenggang waktu yang sudah ditentukan dalam perencanaan pelatihan. Kegiatan juga termasuk pengkajian ulang pada evaluasi tahap 4 dengan materi yang juga digunakan pada pengkajian kebutuhan

pelatihan. Hasil pengkajian pada evaluasi tahap 4 dibandingkan dengan hasil pengkajian kebutuhan pelatihan sehingga dapat diketahui apakah ada peningkatan keterampilan setelah pelatihan.

Opsi-Opsi Kebijakan

Ada beberapa pelajaran yang diperoleh dari penelitian pola peningkatan kompetensi SDM dalam otonomi daerah bidang kesehatan yang dapat menjadi beberapa opsi kebijakan. Opsi pertama adalah penataan pola peningkatan kompetensi SDM kesehatan dalam suatu sistem (Gambar 1).

Sebagai sistem, masukan atau *input* adalah pengkajian kebutuhan pelatihan yang merupakan data dasar untuk perencanaan pelatihan dan pengembangan modul pelatihan. Proses dalam sistem adalah pelaksanaan pelatihan diikuti evaluasi tahap 1 dari Kirkpatrick⁶ selain pre dan postes. Evaluasi tahap 2 dapat ditanyakan bersamaan dengan evaluasi tahap 1 dan diulangi ketika peserta pelatihan sudah kembali bekerja, sehingga diperoleh dua kali pengukuran sebagai kondisi pre dan postes *output* atau luaran adalah peningkatan keterampilan dan pengetahuan serta perubahan keahlian dan perilaku peserta pelatihan yang diukur melalui evaluasi tahap 3 dari Kirkpatrick.⁶ Dampak atau *outcome* pelatihan yang diharapkan adalah peningkatan kinerja individu dan organisasi serta *return of investmen* (ROI) yang dinilai melalui evaluasi tahap 4 dari Kirkpatrick.⁶ Pada evaluasi tahap 4 ini juga dilakukan pengkajian ulang dengan materi yang juga digunakan pada pengkajian kebutuhan pelatihan yang hasilnya merupakan data dasar kompetensi yang dimiliki SDM kesehatan. Hasil pengkajian pada evaluasi tahap 4 dibandingkan dengan data dasar untuk menilai peningkatan kinerja SDM kesehatan sebagai akibat pelatihan.

Opsi kedua adalah memasukan pola evaluasi 4 tahap dari Kirkpatrick⁶ dalam evaluasi pelatihan karena

evaluasi pada tahap 1 dan 2 dari Kirkpatrick merupakan evaluasi *formative* sebab menghasilkan informasi untuk organisasi tentang penyelenggaraan pelatihan, sedangkan evaluasi tahap 3 dan 4 merupakan evaluasi *summative* karena menghasilkan informasi yang berfokus pada dampak pelatihan bagi organisasi atau pascapelatihan. Evaluasi pelatihan menurut *Assessors and Workplace Trainers* (dikutip Sofo⁷) merujuk pada proses pengkonfirmasi bahwa seseorang telah mencapai kompetensi. Kompetensi menurut Sofo⁷ dapat didefinisikan sebagai apa yang diharapkan di tempat kerja dan merujuk pada pengetahuan, keahlian dan sikap yang dipersyaratkan bagi pekerja untuk mengerjakan pekerjaannya. Oleh sebab itu, evaluasi pelatihan menurut Kirkpatrick⁶ adalah untuk menentukan efektivitas dari suatu program pelatihan, bukan hanya melakukan perbandingan kemampuan peserta sebelum dan sesudah pelatihan (pre dan postes). Efektivitas pelatihan menurut Newby yang dikutip Irianto⁸ berkaitan dengan sejauh mana program pelatihan yang diselenggarakan mampu mencapai apa yang memang telah diputuskan sebagai tujuan yang harus dicapai. Dalam makalah pengembangan model unit diklat kesehatan⁵ dikatakan bahwa pada umumnya perencanaan dan penyelenggaraan pelatihan di dinkes kabupaten/kota diserahkan kepada masing-masing subdinis/bidang, sehingga pelatihan-pelatihan lebih cenderung kepada pelatihan yang mendukung pelaksanaan program, serta berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi (tupoksi) masing-masing pemegang program. Sebagian besar pelatihan, titik beratnya adalah pada pelaksanaan atau penyampaian bahan belajar, tidak melalui suatu rancangan pelatihan yang seharusnya, seperti penyiapan kurikulum dan materi pembelajaran. Sebagian sudah melakukan evaluasi pembelajaran atau evaluasi hasil belajar, walaupun masih terbatas pada pre dan postes, sebagian lainnya belum melakukan. Evaluasi pascapelatihan hampir belum dilakukan.



Gambar 1. Pola Peningkatan Kompetensi SDM Kesehatan Dalam Suatu Sistem

Untuk itu, opsi ketiga adalah memperhatikan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.725/Menkes/SK/V/2003 bahwa pelatihan adalah proses pembelajaran dalam rangka meningkatkan kinerja, profesionalisme dan atau menunjang pengembangan karier tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.⁵ Maka dalam peningkatan kompetensi SDM kesehatan, perencanaan dan implementasi program pelatihan yang efektif sebaiknya mengandung 10 langkah kegiatan menurut Kirkpatrick⁶ yaitu: tentukan kebutuhan pelatihan, tetapkan tujuan akhir yang akan dicapai, tentukan materi, tentukan kriteria peserta, tetapkan penjadwalan, tetapkan fasilitas dan sarana yang akan digunakan, tetapkan narasumber, siapkan *audio visual aids*, koordinasikan program ini dengan bagian lain atau sektor lain terkait dan evaluasi program pelatihan. Maka anggaran untuk pelatihan dihitung dengan memperhatikan setiap langkah kegiatan dan tahapan sesuai perencanaan. Penghitungan anggaran termasuk waktu pelaksanaan evaluasi pascapelatihan tahap 1 – 4 dari Kirkpatrick, yang untuk tahap 3 dan 4 mungkin dilaksanakan setelah 1 tahun pascapelatihan.

Opsi keempat, bahwa penataan pelaksanaan suatu pelatihan untuk peningkatan kompetensi SDM kesehatan dilaksanakan dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan. Kerja sama para pemangku kepentingan diperlukan dalam melakukan analisis kebutuhan pelatihan, perencanaan dan pelaksanaan pelatihan yang komprehensif. Para pemangku kepentingan di antaranya adalah pemerintah daerah, perguruan tinggi, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes), dinas kesehatan, rumah sakit, Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes), Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (BPPSDM), Direktorat Jenderal Pelayanan Medik (Ditjen Yanmedik) dan Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat (Ditjen Binkesmas) Departemen Kesehatan RI. Ditjen Yanmedik, Binkesmas dan BPPSDM mendukung anggaran dan pelaksanaan analisis kebutuhan pelatihan, perencanaan dan pelaksanaan pelatihan dengan peraturan dan perundangan sebagai payung yang dirujuk oleh Balitbangkes, dinas kesehatan, rumah sakit dan Bapelkes. Hal ini dapat diatur dengan mensinergikan berbagai kepentingan dalam tata kerja sama yang disepakati.

Opsi kelima, SDM di dinas kesehatan kabupaten/kota perlu memiliki kompetensi dalam menyelenggarakan pelatihan karena pada kenyataannya selama ini sudah melakukan penyelenggaraan pelatihan dengan kapasitas yang

sangat terbatas.⁵ Sesuai dengan PP No. 38/2007 pengganti PP No. 25/2000 bahwa dinas kesehatan kabupaten/kota menjalankan fungsi regulator. Berkenaan dengan pelatihan, maka hal ini dapat diantisipasi dinas kesehatan kabupaten/kota ketika merestrukturisasi struktur organisasi sesuai PP No. 41/2007 dengan memasukkan pendidikan dan pelatihan sebagai seksi pada kelompok fungsional atau pada bidang SDM.⁹ Kepada mereka yang ditempatkan di seksi atau bidang SDM ini terlebih dulu diberikan pemahaman tentang tugas pokok dan fungsi berkaitan dengan pendidikan dan pelatihan sehingga dapat merancang pelatihan untuk peningkatan kompetensi SDM kesehatan berjangka panjang dan komprehensif. Pelatihan SDM kesehatan tidak hanya untuk mendukung pelaksanaan program tetapi dirancang berdasarkan pengkajian kebutuhan pelatihan. Pelaksanaan pelatihan dengan penyiapan kurikulum dan materi pembelajaran sesuai dengan hasil kajian. Dampak pelatihan diharapkan menyebabkan peningkatan kinerja SDM kesehatan dan institusi.

KESIMPULAN

Opsi-opsi kebijakan yang diusulkan berdasarkan *lesson learned* dari pelaksanaan penelitian di Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan tahun 2002 – 2004, perlu mendapatkan pertimbangan dalam restrukturisasi dinas kesehatan kabupaten kota khususnya. Pertimbangan utama bahwa dengan berbagai perubahan yang terjadi termasuk perubahan organisasi kesehatan maka kompetensi SDM kesehatan dalam keterampilan manajerial perlu ditingkatkan. Upaya peningkatan dilaksanakan melalui pelatihan sesuai keputusan Menkes RI No.725/Menkes/SK/V/2003 yang dirancang secara efektif dan komprehensif dengan memperhatikan berbagai pemangku kepentingan serta peraturan perundangan yang berlaku.

KEPUSTAKAAN

1. Trisnantoro, L. Keterampilan Manajerial Desentralisasi. Fakultas Kedokteran, UGM. Yogyakarta. 2000.
2. Budijanto, D., Sopacua, E. Pola Peningkatan Kompetensi Sumber Daya Manusia Dalam Otonomi Daerah Bidang Kesehatan (Tahap I: Assesment Keterampilan Manajerial Sumber Daya Manusia Dalam Otonomi Daerah Bidang Kesehatan). Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan. Surabaya. 2002.
3. Budijanto, D., Sopacua, E. Pengembangan Kapasitas Keterampilan Manajerial Dalam Berwirausaha Bagi Tenaga Kesehatan

- Kabupaten/Kota di Propinsi Kalimantan Timur, Nusa Tenggara Barat dan Jawa Timur. Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan. Surabaya. 2003.
4. Sopacua, E., Budijanto, D., Prajoga. Evaluasi Kemampuan Manajerial SDM Kesehatan di Kabupaten/Kota dalam Era Desentralisasi - Evaluasi Implementasi-, Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan. Surabaya.2004.
 5. Pengembangan Model Unit Diklat Kesehatan. www.lrckesehatan.net . (Diakses 18 Desember 2007)
 6. Kirkpatrick, D. Evaluating Training Programs – The Four Levels-. Berrett - Koehler Publishers, Inc. 1994.
 7. Sofo, F. Pengembangan Sumber Daya Manusia. Diterjemahkan oleh drs. Jusuf Irianto, M.Com. Airlangga University Press. Surabaya.2003.
 8. Irianto, Y. Prinsip-Prinsip Dasar Manajemen Pelatihan. Insan Cendekia. Surabaya.2001.
 9. Meliala A. PP No.38 dan No. 41/2002. PPT dalam Kursus Desentralisasi. 2007. www.desentralisasikesehatan.net (Diakses 10 November 2007)