



Universitas
Esa Unggul

Modul Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan (KSM 122)

Modul ketiga:

**Konsep Perencanaan Sumber Daya Pada
Kegiatan/Program Kesehatan**

Oleh:

Dr. Cri Sajjana Prajna Wekadigunawan, DVM, MPH, Ph.D

Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan

Universitas Esa Unggul

2020

**Konsep Perencanaan Sumber Daya Pada
Kegiatan/Program Kesehatan**

Pendahuluan

Salah satu aspek penting dalam pembangunan kesehatan di Indonesia adalah tersedianya sumber daya manusia (SDM) tenaga kesehatan. Sumber daya manusia kesehatan (SDM Kesehatan) merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan. Pendidikan, dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan. Peranan dokter, dokter gigi, perawat dan bidan dalam upaya kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah sangat penting. Tenaga kesehatan harus mampu mengajak, memotivasi dan memberdayakan masyarakat, mampu melibatkan kerjasama lintas sektoral, mampu mengelola system pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif, mampu menjadi pemimpin, pelopor, pembinaan dan teladan hidup sehat.

Kemampuan akhir mahasiswa

Mahasiswa mampu memahami konsep sumber daya pada sebuah program kesehatan.

Materi Pembelajaran

1. Konsep Sumber Daya Kesehatan
2. Metode Perencanaan Sumber Daya Kesehatan

Berdasarkan World Health Organization (WHO), Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah semua orang yang kegiatan pokoknya ditujukan untuk meningkatkan kesehatan. Mereka terdiri atas orang – orang yang memberikan pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, manajemen, serta tenaga dukungan seperti bagian keuangan, sopir ambulance, dsb.

WHO memperkirakan terdapat 59,8 juta tenaga kesehatan di dunia dan dari jumlah tenaga kesehatan 39,5 juta atau dua pertiga dan sepertiganya 19,8 juta merupakan tenaga pendukung.

Definisi lain dari tenaga kesehatan ini ialah setiap orang yang mengabdikan diri dalam kesehatan, serta memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya di bidang kesehatan. Ditetapkan bahwa tenaga kesehatan terdiri atas tenaga medis (dokter dan dokter gigi), tenaga keperawatan (perawat dan bidan), tenaga kefarmasian (apoteker, analis, farmasi dan analis apoteker), tenaga kesehatan masyarakat (epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, penyuluh kesehatan, mikrobiolog kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian), tenaga gizi (nutrisionis dan defisionis), tenaga keterampilan (fisioterapi) serta tenaga ketekhnisian medis (teknisi gigi, radiographer, dll).

SDM kesehatan menurut SKN tahun 2009 adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis, dan tenaga kesehatan non – profesi, serta tenaga pendukung atau penunjang kesehatan, yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Unsur – unsur Sumber Daya Manusia Kesehatan meliputi SDM kesehatan itu sendiri, sumber daya pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan, serta penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan.

Beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa tenaga kesehatan adalah **setiap orang yang memperoleh pendidikan baik formal maupun non formal yang mendedikasikan diri dalam berbagai upaya yang bertujuan mencegah, mempertahankan, serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.**

Sistem Kesehatan Nasional 2012 salah satunya adalah subsistem sumber daya kesehatan. Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis, dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Sumber daya manusia kesehatan yang termasuk kelompok tenaga kesehatan, sesuai dengan keahlian dan kualifikasi yang dimiliki terdiri dari tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan dan kebidanan, tenaga

kehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, dan tenaga kesehatan lainnya, diantaranya termasuk peneliti kesehatan

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) 2005 - 2025, menyatakan bahwa dalam mewujudkan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing, maka kesehatan bersama-sama dengan pendidikan dan peningkatan daya beli keluarga/masyarakat adalah tiga pilar utama untuk meningkatkan kualitas SDM dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia. RPJP-N menyatakan pula bahwa pembangunan nasional di bidang kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan didasarkan kepada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat dengan perhatian khusus kepada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut dan keluarga miskin. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, juga diperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan IPTEK, serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral.

Berbagai studi menunjukkan bahwa tenaga kesehatan merupakan kunci utama dalam keberhasilan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan memberikan kontribusi hingga 80% dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Dalam laporan WHO tahun 2006, Indonesia termasuk salah satu dari 57 negara yang menghadapi krisis SDM kesehatan, baik jumlahnya yang kurang maupun distribusinya

Subsistem SDM Kesehatan

Subsistem SDM 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 SDM 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.

Bentuk Pokok dari Perencanaan SDM Kesehatan adalah

1. Kebutuhan baik jenis, jumlah, maupun kualifikasi tenaga kesehatan dirumuskan dan ditetapkan oleh pemerintah Pusat berdasarkan masukan dari Majelis Tenaga Kesehatan yang dibentuk di pusat dan provinsi.
2. Majelis Tenaga Kesehatan adalah badan otonom yang dibentuk oleh Menteri Kesehatan di pusat serta oleh Gubernur di provinsi dengan susunan keanggotaan terdiri dari wakil berbagai pihak terkait, termasuk wakil konsumen dan tokoh masyarakat.

Kondisi Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan di Indonesia

Upaya pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan belum memadai, baik jumlah, jenis, maupun kualitas tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Selain itu, distribusi tenaga kesehatan masih belum merata. Jumlah dokter Indonesia masih termasuk rendah, yaitu 19 per 100.000 penduduk bila dibandingkan dengan negara lain di ASEAN, seperti Filipina 58 per 100.000 penduduk dan Malaysia 70 per 100.000 pada tahun 2007.

Kondisi sumberdaya manusia kesehatan saat ini masih jauh dari kurang, baik kuantitas maupun kualitasnya. Meskipun rasio SDM kesehatan telah meningkat, namun masih jauh dari target Indonesia Sehat 2010 dan variasi antar daerah masih sangat tajam. Permasalahan besar tentang SDM kesehatan yang dirasakan adalah kurang efisien dan kurang efektif dalam menanggulangi permasalahan kesehatan, serta kemampuan dalam perencanaan pada umumnya masih lemah. Distribusi tenaga kesehatan kurang merata, hal ini mengakibatkan terjadinya ketimpangan antara perkotaan dan perdesaan, bahkan sekitar 25-40% Puskesmas tidak mempunyai dokter, khususnya di daerah dengan geografi sulit seperti di Kawasan Timur Indonesia (KTI), dan di daerah rawan konflik.

Masalah strategis SDM Kesehatan yang dihadapi dewasa ini dan di masa depan adalah:

- a. Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan SDM untuk pembangunan kesehatan;
- b. Perencanaan kebijakan dan program SDM Kesehatan masih lemah dan belum didukung sistem informasi SDM Kesehatan yang memadai;
- c. Masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis SDM Kesehatan. Kualitas hasil pendidikan SDM Kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum memadai;

- d. Dalam pendayagunaan SDM Kesehatan pemerataan SDM Kesehatan berkualitas masih kurang. Pengembangan karier, sistem penghargaan, dan sanksi belum sebagaimana mestinya. Regulasi untuk mendukung SDM Kesehatan masih terbatas; serta
- e. Pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan serta dukungan sumber daya SDM Kesehatan masih kurang.

Perencanaan SDM Kesehatan di Indonesia

Perencanaan tidak terlepas dari aktivitas individu maupun organisasi. Pada organisasi yang berskala besar maupun kecil, perencanaan merupakan hasil dari perkembangan organisasi tersebut. Semakin besar suatu organisasi, maka semakin kompleks pula tugas perencanaan yang harus dilakukan. Dalam perencanaan, kita dituntut untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat dengan menyediakan alternatif pilihan melalui suatu proses. Setidaknya kita sudah memiliki gambaran arah pengembangan atau target organisasi yang kita ikuti. Setelah itu kita tentukan pilihan tindakan yang akan kita lakukan dengan menyediakan rasional dari masing-masing pilihan tersebut.

Perencanaan di bidang kesehatan menurut Green A. (1999) terbagi menjadi dua yaitu sebagai berikut.

1. Perencanaan aktivitas yang berhubungan dengan pengaturan jadwal dan kerangka kerja yang bisa dimonitor untuk implementasi sebelum suatu aktivitas dilakukan.
2. Perencanaan alokatif yang berhubungan dengan pengambilan keputusan tentang bagaimana seharusnya sumber daya dialokasikan.

Perencanaan alokatif inilah yang sering dipakai di bidang kesehatan dan dibahas kemudian. Green sendiri mendefinisikan perencanaan sebagai metode sistematis yang mencoba untuk mendapatkan tujuan eksplisit masa depan melalui penggunaan sumber daya yang efisien dan sesuai, tersedia saat ini dan di masa mendatang. Komponen penting dari perencanaan tersebut adalah sebagai berikut.

1. Kemana kita akan pergi? (tujuan).
2. Dengan apa? (sumber daya).
3. Bagaimana? (implementasi yang sesuai dan efisien).
4. Kapan? (masa depan).
5. Tingkat formalisasi (jelas, sistematis, dan sesuai metode) dari proses.

Perencanaan tenaga kesehatan diatur melalui Peraturan Pemerintah (PP) No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam Peraturan Pemerintah ini dinyatakan antara lain bahwa pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi masyarakat. Perencanaan nasional tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan jenis pelayanan yang dibutuhkan, sarana kesehatan, serta jenis dan jumlah yang sesuai. Perencanaan nasional tenaga kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan (Bappenas, 2009).

Metode penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan telah ditetapkan melalui Kepmenkes No.81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/kota serta rumah sakit, yang juga merupakan turunan dari PP di atas. Metode- metode dasar dalam penyusunan rencana SDM kesehatan di antaranya:

1. Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan keperluan kesehatan (health need method). Dalam cara ini dimulai dengan ditetapkannya keperluan (need) menurut golongan umur, jenis kelamin, dan lain-lain. Selanjutnya dibuat proyeksi penduduk untuk tahun sasaran menurut kelompok penduduk yang ditetapkan; diperhitungkan keperluan upaya kesehatan untuk tiap-tiap kelompok penduduk pada tahun sasaran.

Misalnya: sasaran kelompok umur 40–60 tahun dengan 5 kali kunjungan per tahun bagi golongan ekonomi atas dan 2 kali kunjungan per tahun bagi golongan ekonomi bawah. Jumlah target penduduk per tahunnya pada kedua populasi sebesar 300.000 dan 900.000. Dari sini kita bisa menghitung kebutuhan kunjungan dari kedua kelompok tersebut. Ekonomi atas memerlukan $5 \times 300.000 = 1.500.000$ kunjungan, sedangkan ekonomi bawah memerlukan $2 \times 900.000 = 1.800.000$ kunjungan. Jika diketahui rata-rata dokter bekerja penuh waktu di unit rawat jalan pelayanan kesehatan adalah 7.500 kunjungan per tahun.

Target kunjungan per tahun adalah sebagai berikut. $(1.500.000 + 1.800.000) : 7.500 = 440$ dokter, sehingga diperlukan dokter sejumlah 440 orang yang bekerja secara penuh.

2. Penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan kebutuhan kesehatan (Health services demand method). Dalam cara ini dimulai dengan ditetapkannya kebutuhan (demand) upaya atau pelayanan kesehatan untuk kelompok-kelompok penduduk menurut golongan umur, jenis kelamin, tingkat ekonomi, pendidikan, lokasi, dan lain- lainnya. Selanjutnya dibuat proyeksi penduduk untuk tahun sasaran menurut kelompok penduduk yang ditetapkan; diperhitungkan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk tiap- tiap kelompok penduduk tersebut pada tahun sasaran. Selanjutnya untuk memperoleh perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tersebut diperoleh dengan membagi jumlah keseluruhan pelayanan kesehatan pada tahun sasaran dengan kemampuan jenis tenaga tersebut untuk melaksanakan pelayanan kesehatan termaksud pada tahun sasaran.

Contoh: Sasaran adalah kelompok remaja usia 10–15 tahun berjumlah 5 juta yang memerlukan rata-rata kunjungan 2.0 dokter dan 4.0 perawat per tahun. Para remaja ini memerlukan kunjungan 3 juta dokter dan 5 juta kunjungan perawat. Dokter penuh waktu dapat melakukan 4.000 kunjungan per tahun dan perawat sebesar 6.000. kunjungan per tahun. Maka perkiraan tenaga penuh waktu yang dibutuhkan adalah: Untuk dokter: $3 \text{ juta} : 4.000 = 750$ dokter, Untuk perawat: $5 \text{ juta} : 6.000 = 833$ perawat.

3. Penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan sasaran upaya kesehatan yang ditetapkan (Health Service Targets Method). Dalam cara ini dimulai dengan menetapkan berbagai sasaran upaya atau memperoleh perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tertentu diperoleh dengan membagi keseluruhan upaya atau pelayanan kesehatan tahun sasaran dengan kemampuan jenis tenaga tersebut untuk melaksanakan upaya atau pelayanan kesehatan termaksud pada tahun sasaran. Contoh: Program: Pelayanan kesehatan puskesmas, Tujuan program: Meningkatkan pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan puskesmas dengan peran aktif masyarakat. Sasaran dari strategi program: Sasaran No. 1: Angka kematian bayi diturunkan menjadi 40/1.000 kelahiran hidup. Strategi dasar: Pelayanan antenatal kepada ibu hamil, Lain-lain sasaran dan strategi dasar perhitungannya juga diperlukan. Terhadap sasaran No. 1 dapat dikemukakan: kegiatan kritis/pokok: konsultasi ibu hamil; satuan yang membutuhkan: ibu hamil; kebutuhan di masa mendatang: jumlah ibu hamil pada tahun 2011; frekuensi kegiatan kritis: 3 kali untuk kehamilan normal; beban kerja yang diperlukan: Butir $6 \times$ butir $7 \times$ waktu menolong; tenaga kesehatan

pelaksana: bidan; waktu untuk melaksanakan kegiatan kritis: waktu dalam menit untuk melaksanakan konsultasi. Penggunaan waktu tenaga kesehatan di masa mendatang
Pembagian waktu (%) dalam hari-hari normal: melaksanakan kegiatan kritis: 0,33; melaksanakan kegiatan lain: 0,25; menunggu/kegiatan pribadi: 0,42; Beban kerja yang dapat tersedia per hari: jumlah jam kerja di masa mendatang dalam 1 hari \times 60 \times butir d. Hari kerja di masa mendatang per tahun latihan dan lain-lain: 280 dengan telah dikurangi karena sakit. Beban kerja yang dapat tersedia per tahun: Butir b \times butir f. Jumlah tenaga kesehatan yang diperlukan pada tahun 2010: Butir 5 dibagi butir e.

4. Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan rasio terhadap sesuatu Nilai (Ratio Method). Pertama-tama ditentukan atau diperkirakan rasio dari tenaga terhadap suatu nilai tertentu, misalnya jumlah penduduk, tempat tidur rumah sakit, puskesmas, dan lainnya. Selanjutnya nilai tersebut diproyeksikan ke dalam sasaran. Perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tertentu diperoleh dari membagi nilai yang diproyeksikan termasuk dengan rasio yang ditentukan. Misal: Rasio bidan per populasi di Provinsi A sebesar 1 : 3.000, proyeksi penduduk/populasi pada tahun target adalah 10 juta. rasio pada tahun target yang diinginkan sebesar 1 : 2.000. bidan yang diperlukan adalah = $10.000.000 : 2.000 = 5.000$ bidan. Metode lain yang merupakan pengembangan dari ke-4 model tersebut, adalah sebagai berikut. Authorized Staffing List (Daftar Susunan Pegawai atau DSP). DSP ini dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan dengan memperhitungkan beban kerja.
5. Work Load Indicator Staff Need (WISN) atau Indikator Kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja sehingga alokasi/relokasi akan lebih mudah dan rasional. Manual dari WISN ini dapat dilihat pada www.who.int/entity/hrh/tools/workload_indicators.pdf. Skenario/proyeksi dari WHO. Metode ini bisa dilakukan dengan membuat proyeksi ke depan mengenai sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit dan puskesmas) atau bisa juga dengan menggunakan proyeksi program pembangunan kesehatan. Dengan pendekatan ini, kita diminta untuk membuat beberapa alternatif/skenario kemungkinan tentang sistem pelayanan kesehatan di masa depan yang mungkin terjadi. Setelah itu membuat berbagai gambaran keadaan masa depan di bidang kesehatan yang mungkin terjadi, kita akan bisa mengetahui kebutuhan SDM kesehatan untuk masing-masing skenario tersebut. Dengan memakai perencanaan skenario, kita akan dapat menunjukkan konsekuensi yang terjadi apabila kita memilih suatu kebijakan atau tindakan. Dengan memahami berbagai skenario yang mungkin terjadi di masa depan, kita akan dapat membuat proyeksi kebutuhan SDM di masa yang akan datang.

Manual dari metode skenario ini bisa dilihat di <http://www.who.int/hrh/tools/models.pdf>.
Penyusunan kebutuhan tenaga untuk bencana bisa digunakan di berbagai unit kerja seperti rumah sakit, puskesmas, pusat layanan kesehatan dan lain-lain.

Sumber Pembelajaran:

1. Azrul Azwar (2010): Pengantar Administrasi Kesehatan
2. Laksono Trsinantoro (2006): Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit.
3. Nortbridge (2003) A Joint Urban Planning and Public Health Framework: Contributions to Health Impact Assesment. American Journal of Public Health.
4. WHO (2020): Urban Planning Crucial for Better Public Health in Cities
5. <https://www.researchgate.net/publication/314086432> Program planning and evaluation in public health