

## TRANSFORMASI PENGELOLAAN TENAGA KESEHATAN UNTUK MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN DASAR DI PUSKESMAS DTPK



### Rekomendasi

- Implementasi Pencerah Nusantara (PN) dan Nusantara Sehat (NS) membutuhkan penguatan pada perencanaan, pelatihan, pemantauan serta evaluasi.
- Model PN dan NS harus terus dikembangkan agar mampu beradaptasi dan relevan dengan kebutuhan masyarakat dan perubahan demografis, epidemiologis dan kebijakan di Indonesia.
- Meningkatkan komitmen terhadap kesejahteraan, kesempatan pengembangan kapasitas dan kompetensi tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas DTPK.
- Meningkatkan peran pemerintah daerah dalam menyediakan layanan kesehatan primer yang merata, adil dan bermutu tinggi.
- Kemitraan Multi Pihak (KMP) harus menjadi kerangka dalam penguatan pelayanan primer dalam hal pembagian peran, sumber daya serta tanggung jawab antara pemerintah, dunia usaha, kelompok masyarakat sipil, universitas, dan media.
- Transformasi sistem layanan kesehatan primer dibutuhkan untuk meningkatkan kinerja puskesmas dalam merespon kebutuhan masyarakat dan program prioritas pemerintah.

### Latar Belakang

Indonesia telah membuat banyak kemajuan dalam pembangunan kesehatan, salah satu indikator penting adalah kenaikan Angka Harapan Hidup (AHH) dari 69,86 (2010) ke 71,11 (2017). Namun, kemajuan Indonesia di bidang kesehatan tidak sebaik secepat negara-negara lain dengan tingkat perekonomian yang setara. Indonesia masih mengalami berbagai tantangan pembangunan kesehatan, apalagi dengan adanya beban ganda penyakit, penyakit tidak menular maupun menular. Riskesdas menunjukkan adanya kenaikan prevalensi hipertensi dari 25,8% pada tahun 2013 menjadi 34,1%

pada tahun 2018. Prevalensi obesitas penduduk usia di atas 18 tahun pun terus meningkat ke angka 21,8% pada 2018. Bahkan Indonesia masih menjadi negara nomor tiga dengan kasus baru TBC terbanyak di dunia. Dengan besarnya beban kesehatan tersebut dan belum siapnya sistem kesehatan, maka defisit pembiayaan kesehatan pun tak terelakkan.

Berangkat dari kepercayaan bahwa kesehatan adalah hak dasar semua orang, maka memastikan semua orang memiliki akses ke layanan kesehatan berkualitas tanpa halangan apapun menjadi penting sebagai upaya dari Pemerintah untuk mencapai kesehatan untuk semua. Maka, upaya mengatasi beban kesehatan masyarakat tersebut, juga harus dibarengi dengan upaya peningkatan pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Layanan kesehatan primer (PHC) yang kuat menjadi salah satu kunci untuk menuju cakupan kesehatan semesta.

PHC didefinisikan sebagai pendekatan menyeluruh kesehatan dan kesejahteraan berpusat pada kebutuhan dan preferensi individu, keluarga dan komunitas. PHC memastikan bahwa semua orang mendapatkan hak mengakses kesehatan esensial secara komprehensif, mulai dari layanan kuratif, rehabilitatif, promotive, preventif hingga paliatif. Pendekatan ini mencakup semua fasilitas kesehatan primer, puskesmas maupun klinik swasta.

Menurut data Kementerian Kesehatan, semenjak tahun 2015 sampai dengan 2018, baru sebanyak 4.769 (48%) puskesmas dari total 9.825 puskesmas yang telah terakreditasi. Pemerataan akses juga berarti memastikan persebaran tenaga kesehatan dan layanan kesehatan yang merata. Beberapa wilayah di Indonesia masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan, baik dari segi kualitas maupun kuantitas.

Tenaga kesehatan menjadi komponen esensial dalam suatu sistem kesehatan untuk memastikan pelayanan kesehatan tersedia secara berkualitas. Kebijakan distribusi maupun peningkatan kualitas tenaga kesehatan oleh pemerintah menjadi sangat penting untuk dikaji melihat efektivitas dan efisiensi kebijakan tersebut.

# REFORMASI PENGADAAN TENAGA KESEHATAN



## TUJUAN

1. Menelusuri transformasi kebijakan penempatan tenaga kesehatan.
2. Menelaah implementasi program Pencerah Nusantara dan Nusantara Sehat untuk memperkuat layanan kesehatan primer dengan tenaga kesehatan berbasis tim.

## Metode

Makalah ini dikembangkan berdasarkan kajian kebijakan, wawancara informan kunci, serta FGD yang dilakukan pada bulan Juli 2019 dengan melibatkan narasumber ahli dari berbagai pemangku kepentingan. Makalah kebijakan singkat ini merupakan seri pertama dari tema besar kebijakan penguatan layanan kesehatan primer.

## Transformasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan

berkewajiban melakukan upaya untuk memenuhi hak tersebut, terutama kepada mereka yang tidak memiliki akses di Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) di Indonesia. Salah satu upaya yaitu melalui pemenuhan sumber daya kesehatan di puskesmas dengan berbagai skema pengiriman tenaga kesehatan. sebagai upaya pemerintah mendekatkan akses layanan kesehatan ke masyarakat, Gambar 1 menunjukkan transisi program pengadaan tenaga kesehatan di daerah terpencil Indonesia oleh Pemerintah dari tahun 1951 hingga 2013, mulai dari Wajib Kerja Sarjana (WKS) hingga Pegawai Tidak Tetap (PTT).

Sejak tahun 1951, kebijakan tenaga kesehatan di DTPK berfokus pada pengiriman individu dan pengisian kekosongan tenaga kesehatan (Gambar 1). Upaya ini dilakukan melalui mekanisme: Pertama, formasi PNS; kedua, Pegawai Tidak Tetap (PTT); dan ketiga, penugasan khusus tenaga Diploma III kesehatan dengan paket insentif keuangan (Kemenkes RI, 2010). Pada program PTT dan Penugasan Khusus pemerintah hanya melakukan seleksi administrasi dan penempatan tanpa ada persiapan khusus serta target-target yang harus dicapai oleh tenaga yang dikirim. Pengiriman tenaga kesehatan yang hanya berorientasi pada pemenuhan tenaga, tidak akan menjawab tantangan kesehatan di masa depan, yaitu pemerataan kualitas dan layanan yang responsif sesuai kebutuhan masyarakat.

Gambaran 1. Program Tenaga Kesehatan di Daerah Terpencil Indonesia (1951-2013)

| 1951  | 1992  | 2002  | 2005   | 2007   | 2013   | 2015   |
|---|---|---|--|--|--|--|
| <p><b>Dasar Hukum:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>UU No. 8/1951</li> <li>UU No. 9/1951</li> <li>UU No. 6/1963</li> <li>UU No.9/1963</li> <li>UU No. 18/1964</li> </ul> <p><b>Pengelola:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BPPSDM</li> <li>Kementerian Tenaga Kerja BPD</li> </ul> <p><b>Isi Kebijakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wajib kerja sarjana</li> <li>Pengabdian wajib sebagai PNS : daerah biasa (5 th), daerah terpencil (3 th)</li> </ul> | <p><b>Dasar Hukum:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perpres No. 37/1991</li> <li>Perpres No. 23/1994</li> <li>Permenkes No. 8/1992</li> </ul> <p><b>Pengelola:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pusrenggung BPPSDM</li> <li>Penentuan kriteria dan kabupaten &gt; Pov. Penentuan Puskesmas &gt; Kab.</li> </ul> <p><b>Isi Kebijakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zero growth policy</li> <li>Perekrutan PTT wajib untuk dokter dan bidan, siklus rekrutmen 3x/tahun. Durasi kontrak 3 tahun + insentif finansial</li> </ul> | <p><b>Dasar Hukum:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Permenkes 1540/2002</li> </ul> <p><b>Pengelola:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pusrenggung BPPSDM</li> <li>Penentuan kriteria dan kabupaten &gt; Pov. Penentuan Puskesmas &gt; Kab.</li> </ul> <p><b>Isi Kebijakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zero growth policy</li> <li>PTT bersifat sukarela, boleh ditunda atau pakai cara lain.</li> </ul> | <p><b>Pengelola:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pusrenggung BPPSDM</li> <li>Penentuan kriteria dan kabupaten &gt; Pov. Penentuan Puskesmas &gt; Kab.</li> </ul> <p><b>Isi Kebijakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pengangkatan tidak lagi berdasar antrian</li> <li>Online scoring system, IPK, tahun kelulusan, asal daerah.</li> <li>Diberlakukan kebijakan provinsi terbuka dan tertutup.</li> </ul> | <p><b>Dasar Hukum:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Permenkes 508/2007</li> </ul> <p><b>Pengelola:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pusrenggung BPPSDM</li> <li>Penugasan langsung ke Kab. dengan kriteria T dan ST.</li> </ul> <p><b>Isi Kebijakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Memperpendek masa bakti T (1 tahun), ST(6 bulan) + peningkatan insentif finansial.</li> <li>Seluruh provinsi dibuka, pendaftar bisa mengajukan permohonan di tempatkan di 2 Kab.</li> </ul> | <p><b>Dasar Hukum:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Permenkes 7/2013</li> </ul> <p><b>Pengelola:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pusrenggung BPPSDM</li> </ul> <p><b>Isi Kebijakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Masa bakti kembali menjadi 2 tahun untuk meningkatkan retensi.</li> </ul> | <p><b>Dasar Hukum:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Permenkes No. 75/2014</li> <li>No. 23/2015</li> <li>No. 80/2015</li> <li>No. 16/2017</li> </ul> <p><b>Pengelola:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pusrenggung BPPSDM</li> </ul> <p><b>Isi Kebijakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Penempatan berbasis Tim</li> <li>Masa tugas 2 tahun</li> <li>Terdapat pilihan individu</li> </ul> |
| Perbaikan ketersediaan tenaga kesehatan pada jejaring layanan.  | Insentif pengangkatan PNS hilang, antrian panjang di Prov. favorit, isu hak asasi, keterlambatan gaji, retensi buruk.   | Daerah tidak memiliki kemampuan mengangkat PTT sendiri, kebutuhan tidak terpenuhi   | Proses rekrutmen membaik. Setelah sampai di Provinsi tidak mau ditugaskan di daerah sangat terpencil.  | Masalah retensi.   | Permasalahan distribusi dan ketimpangan kualitas layanan.  | Peningkatan kualitas layanan puskesmas   |

Sumber: Meilisa Y., 2016 *Unwrapping Process of Institutional Change Rural Health Workforces Program: The Adoption of Team Based Deployment Policy-The Case of Indonesia. Unpublished Master Disertation. London School of Economics and Political Science . pp 19-25*

### Pencerah Nusantara: Inovasi Menuju Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer Melalui Kolaborasi Interprofesi

Mempertimbangkan hal tersebut, pada tahun 2012 Kantor Utusan Khusus Presiden (KUKP)-RI MDGs kemudian menginisiasi program pengiriman tenaga kesehatan ke Puskesmas berbasis tim yang kemudian dikenal dengan nama Pencerah Nusantara (PN). Model Pencerah Nusantara mendorong kolaborasi interprofesi yang telah terbukti dapat meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan (D'Amour , et al., 2005). Model ini dirancang untuk bisa mengakomodasi peningkatan kualitas tenaga kesehatan di daerah, task-sharing, skill-mixing, dan kolaborasi lintas sektor (Saminarsih, et al., 2014).

Pertama, Pencerah Nusantara menempatkan SDM yang berkualitas sebagai investasi pertama dan utama dalam penguatan pelayanan kesehatan dasar. Pencerah Nusantara mengoptimalkan peran profesional muda lintas profesi - dengan latar belakang kesehatan dan non tenaga kesehatan yang terpilih secara selektif dan kompetitif. Peserta dipilih sesuai dengan kebutuhan program prioritas yang berfokus pada kesehatan ibu dan anak serta gizi masyarakat. Untuk meningkatkan kapasitas medis dan soft skill, sebelum penugasan, tim dibekali dengan pengetahuan dan skillset yang dibutuhkan di lapangan, termasuk kemampuan komunikasi, advokasi serta kolaborasi lintas sektor. Kemampuan tersebut diharapkan dapat meningkatkan penerimaan terhadap tenaga kesehatan (acceptability) di masyarakat (World Health Organization, 2018).



# REPLIKASI NASIONAL (UP SCALLING) PENCERAH NUSANTARA MENJADI NUSANTARA SEHAT



Kedua, Pencerah Nusantara mendorong perbaikan tata kelola Puskesmas melalui pendekatan berbasis bukti (evidence-based intervention) untuk implementasi program yang didukung dengan mekanisme monitoring dan evaluasi yang akuntabel. Dalam implementasinya, perencanaan program diarahkan untuk mengakselerasi program nasional serta menjawab kebutuhan masyarakat berdasarkan data di lapangan. Tim Pencerah Nusantara melakukan pendampingan dan penguatan sumber daya kesehatan lokal untuk memperkuat keberlanjutan program. Kepemimpinan dan manajemen puskesmas diperkuat untuk menghasilkan proses kerja yang efisien dan akuntabel mengingat Puskesmas mengelola anggaran yang besar. Dampak dan kinerja di lapangan juga dipantau secara intensif oleh tim pengelola.

Ketiga, Pencerah Nusantara mendorong kolaborasi lintas sektor melalui pembagian sumber daya dan peran masing-masing sektor dalam kerangka pembangunan kesehatan. Pelibatan lintas sektor dilibatkan dari tahap persiapan Pencerah Nusantara, dari pelatihan dan implementasi program. Dalam konteks daerah, Pencerah Nusantara bersama Puskesmas melakukan advokasi dan kolaborasi dengan sektor non kesehatan, seperti dengan Dinas Pendidikan, Bappeda, Pekerjaan Umum, dan lainnya. Keterlibatan lintas sektor memperkuat posisi dan peran strategis Puskesmas sebagai penggerak utama pembangunan kesehatan daerah. Interaksi dari ketiga hal di atas diharapkan bisa menciptakan suatu kondisi ideal dalam pembangunan kesehatan seperti: layanan kesehatan berkualitas dengan mutu terjamin, lahirnya kebijakan dan regulasi berwawasan pembangunan kesehatan, serta masyarakat yang berdaya dan terlibat aktif dalam pembangunan kesehatan untuk diri mereka dan lingkungannya.

## **Transisi Kebijakan Pemenuhan Tenaga Kesehatan: Replikasi Nasional (Up Scaling) Pencerah Nusantara menjadi Nusantara Sehat**

Pendekatan kolaborasi interprofesi untuk penyempurnaan kebijakan penugasan tenaga kesehatan di DTPK menjadi rekomendasi perencanaan pembangunan tenaga kesehatan di Indonesia tahun 2015-2019 (PPN/BAPPENAS, 2015). Rekomendasi yang termuat dalam Health Sector Review on Consolidated Report 2014 tersebut kemudian ditindaklanjuti oleh Kemenkes RI melalui pertemuan konsultasi dengan Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) untuk membahas inisiasi eskalasi Pencerah Nusantara ke seluruh Indonesia melalui Program Nusantara Sehat (NS).

Nusantara Sehat lahir pada tahun 2015 melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 23 Tahun 2015 dan menjadi simbol hadirnya negara dalam pemenuhan kebutuhan dasar bagi masyarakat Indonesia yang tinggal di DTPK. Program ini bertujuan untuk mewujudkan penguatan pelayanan kesehatan primer di puskesmas DTPK dalam mendukung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Dengan pendekatan yang serupa dengan Pencerah Nusantara, Nusantara Sehat diharapkan mampu memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan. Hal ini juga yang kemudian menjadi alasan dilakukannya terminasi Program PTT oleh Kemenkes RI pada tahun 2016 melihat efektivitas pengiriman tenaga kesehatan berbasis tim dan kolaborasi interprofesi (Meilissa, 2016). Penugasan tenaga kesehatan berbasis tim yang diusung melalui Program Nusantara Sehat dimasukkan sebagai salah satu indikator untuk mengukur efektivitas kebijakan dan manajemen tenaga kesehatan di Indonesia (PPN/BAPPENAS, 2015).

**Dampak**

Program Nusantara Sehat dan Pencerah Nusantara menjadi simbol hadirnya negara dan dukungan masyarakat sipil dalam pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat Indonesia yang tinggal di DTPK. Melalui Pencerah Nusantara hingga April 2019 telah ditempatkan sebanyak 16 tim di 16 Puskesmas, 16 Kab/Kota, 14 Provinsi dan telah memberikan manfaat kepada 262.000 penduduk. Sedangkan melalui Nusantara Sehat hingga Juni tahun 2019, ditempatkan sebanyak 3.694 tim di 645 puskesmas, 325 Kab/Kota, 29 Provinsi dan telah memberikan manfaat kepada 17 juta jiwa atau 13% dari jumlah penduduk DTPK.

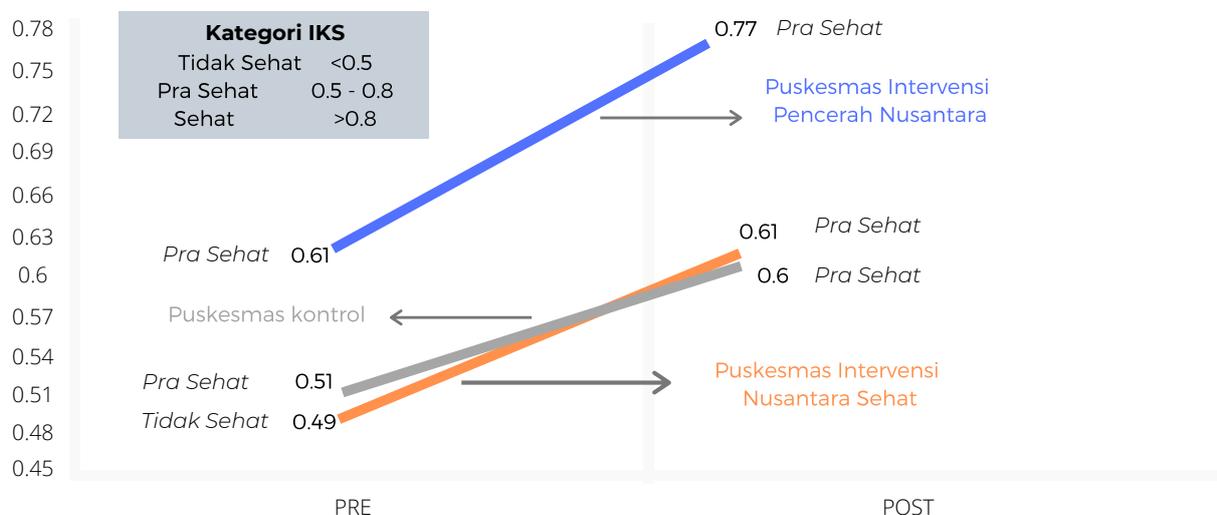
Melalui upaya penguatan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan primer di puskesmas DTPK, kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan berbasis tim mampu mengakselerasi pencapaian Indeks Keluarga Sehat (IKS).

Pada program Pencerah Nusantara, IKS pada puskesmas penempatan tim Pencerah Nusantara mengalami peningkatan yang signifikan sebesar 26% dari 0.61 (Pra Sehat) pada tahun 2016 menjadi 0.77 (Pra Sehat) pada tahun 2019 khususnya pada indikator kesehatan ibu dan anak.

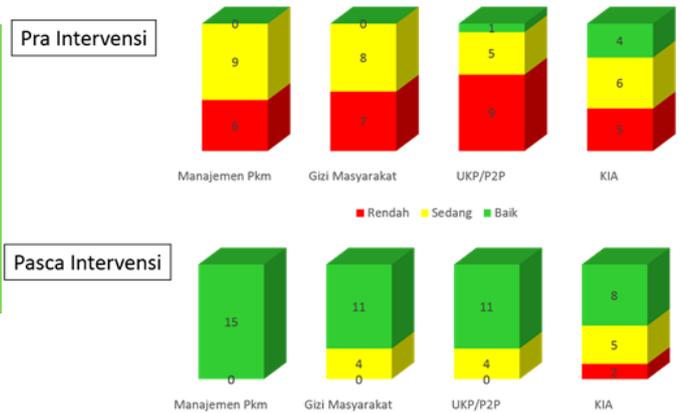
Sejalan dengan hal tersebut, hasil evaluasi program Nusantara Sehat pada Batch I dan II oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI menyimpulkan bahwa IKS pada puskesmas penempatan tim Nusantara Sehat (puskesmas intervensi) tahun 2017 mengalami peningkatan yang signifikan sebesar 24.5% dibandingkan tahun 2015 dan ini lebih besar 1.4 kali dibandingkan peningkatan pada puskesmas kontrol yang tidak mendapatkan intervensi (Business as Usual).

Hasil pencapaian IKS puskesmas pada program Pencerah Nusantara dan Nusantara Sehat sesuai dengan temuan World Health Organization (WHO) yang menyebutkan ada hubungan bermakna antara jumlah dan kualitas tenaga kesehatan dengan keterjangkauan pelayanan dan peningkatan indikator kesehatan masyarakat (WHO, 2006).

Selain itu, temuan FGD CISDI bersama 17 narasumber ahli pada Juli 2019 juga menegaskan bahwa penugasan tenaga kesehatan berbasis tim melalui program Nusantara Sehat dan Pencerah Nusantara berdampak pada peningkatan pada Standar Pelayanan Minimal Puskesmas (SPM). Hasil evaluasi program Nusantara Sehat pada Batch I dan II menyebutkan bahwa cakupan SPM meningkat hingga mencapai 80% dikarenakan banyak program puskesmas yang aktif kembali seiring peningkatan kinerja puskesmas (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2019). Peningkatan SPM juga terjadi seiring perbaikan pada manajemen puskesmas, seperti yang terjadi di puskesmas penempatan tim Pencerah Nusantara.



Gambar 2. Grafik Pencapaian IKS pada Puskesmas Intervensi (Nusantara Sehat) dan Puskesmas Kontrol (BAU) tahun 2015 dan tahun 2017



Penilaian dilakukan menggunakan Instrumen Puskesmas Berprestasi sesuai pedoman penilaian pada Permenkes No. 24 Tahun 2015.

Pada 15 puskesmas penempatan tim Pencerah Nusantara Cohort I dan II terlihat adanya perubahan pada Indeks Puskesmas Berprestasi khususnya bagian Manajemen Puskesmas, yang meliputi proses perencanaan, pengorganisasian, pemantauan, dan evaluasi. Pada pra intervensi, terdapat lokasi yang berwarna kuning dan merah yang menandakan kualitas manajemen puskesmas berada pada kategori sedang dan buruk. Setelah tiga tahun intervensi, semua lokasi berwarna menjadi hijau yang menandakan kualitas manajemen puskesmas pada kategori baik. Perubahan pada Indeks Puskesmas Berprestasi juga terjadi pada semua bagian mulai dari Manajemen Puskesmas, Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

Selain berdampak pada peningkatan produktivitas kinerja, keberadaan tim Nusantara Sehat dan Pencerah Nusantara juga berhasil meningkatkan partisipasi lintas sektor dan masyarakat dalam pembangunan kesehatan, seperti kehadiran dalam berbagai forum perencanaan dan evaluasi pencapaian puskesmas; penganggaran dana kesehatan melalui dana desa untuk Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM), seperti posyandu dan posbindu; perbaikan gizi balita; serta perbaikan dan pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di desa.

### Temuan dan Masukan Narasumber Ahli

#### 1. Pengembangan Program

**Program Pencerah Nusantara dan Nusantara Sehat telah terbukti mampu meningkatkan akses masyarakat terhadap tenaga kesehatan yang berkualitas di Puskesmas baik di lokasi DBK dan DTPK.** Kedua model tersebut telah mentransformasi layanan kesehatan primer menjadi lebih responsif dalam memenuhi kebutuhan masyarakat melalui program yang inovatif dan berorientasi pada promotif dan preventif. Dalam kerangka partisipasi publik, Pencerah Nusantara merupakan bukti nyata kontribusi CISDI sebagai kelompok masyarakat sipil dalam memperkuat sistem kesehatan primer di Indonesia. Sementara Nusantara Sehat menunjukkan hadirnya negara dalam melayani masyarakat di daerah-daerah terpencil dan terluar Indonesia.

**Implementasi Pencerah Nusantara dan Nusantara Sehat membutuhkan penguatan dalam pengelolaan program seperti perencanaan, pelatihan, pemantauan serta evaluasi.**

- Pertama, perencanaan pengiriman Nusantara Sehat harus mempertimbangkan komposisi tenaga kesehatan di Puskesmas yang akan ditempati. Ketersediaan basis data tenaga kesehatan yang terkini dan akurat adalah aspek strategis dalam perencanaan dan alokasi sumber daya manusia untuk kesehatan. Selain itu, pengiriman harus komprehensif, mencakup ketersediaan alat dan obat-obatan yang dibutuhkan tenaga kesehatan untuk melakukan praktik sesuai kompetensinya.
- Kedua, secara khusus pelatihan yang diberikan sebelum tim bertugas ke lapangan telah membantu meningkatkan pemahaman pada program Puskesmas dan membekali tim dengan pengetahuan wilayah serta keterampilan sosial seperti komunikasi, pemahaman budaya, kepemimpinan, serta kemampuan lain yang dibutuhkan di lapangan.
- Ketiga, Nusantara Sehat harus memperkuat mekanisme pemantauan dan evaluasi melalui proses pelembagaan tim khusus di internal Kementerian Kesehatan atau melakukan kemitraan melalui kontrak kerja dengan pihak ketiga. Kebutuhan tim ini akan menjaga kualitas dan mampu memitigasi kendala dalam pelaksanaan program

**Upaya dalam memperkuat pelayanan kesehatan primer harus menjadi usaha bersama semua pihak, model Pencerah Nusantara dan Nusantara Sehat harus terus dikembangkan agar mampu beradaptasi dan relevan dengan kebutuhan masyarakat dan perubahan demografis, epidemiologis dan kebijakan di Indonesia.** Pengembangan model harus mampu menjamin layanan berkualitas serta berorientasi pada kebutuhan masyarakat (people-centered). Diperlukan wahana untuk mengeksplorasi kebutuhan, tantangan dan peluang yang harus dihadapi oleh layanan kesehatan primer dalam masa mendatang. Untuk mendukung pengembangan model, eksplorasi terhadap kemitraan multi pihak, tata kelola, tujuan program, akuntabilitas, serta penggunaan teknologi dalam penguatan layanan dasar menjadi rekomendasi untuk dikaji lebih lanjut melalui forum diskusi ilmiah dan praktik inovatif di lapangan.

**Makalah ini merupakan bagian dari sebuah seri Kajian Penguatan Layanan Kesehatan primer oleh CISDI.** Pada bagian selanjutnya akan dibahas lebih lanjut mengenai komponen penting yang mendukung dan memperkuat layanan kesehatan primer, terutama di daerah tertinggal. Temuan dalam kajian ini diharapkan dapat digunakan sebagai basis advokasi, perencanaan serta pengembangan kajian terkait layanan kesehatan primer.

**2. Penguatan Sistem Layanan Kesehatan Primer Menjamin ketersediaan tenaga kesehatan berkualitas berarti juga berkomitmen terhadap kesejahteraan tenaga kesehatan dan kesempatan pengembangan kapasitas dan kompetensi bagi mereka yang bekerja di Puskesmas DTPK.** Tenaga kesehatan merupakan salah satu unsur penting dalam sistem kesehatan yang harus menjadi investasi utama, dimana alokasi anggaran, keberpihakan regulasi, serta komitmen kepemimpinan harus diprioritaskan. Pemerintah Pusat dan Daerah memiliki kewajiban menghadirkan tenaga kesehatan berkualitas yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat, terutama bagi yang masyarakat di daerah-daerah tertinggal.

**Meningkatkan peran pemerintah daerah dalam menyediakan layanan kesehatan primer yang merata, adil dan bermutu tinggi.** Pemerintah daerah harus menjadi leading institution dalam memperkuat layanan primer melalui paket kebijakan yang berwawasan kesehatan dan keberpihakan anggaran yang berorientasi pada upaya pencegahan. Dalam era desentralisasi fiskal provincial health account (PHA) dan district health account (DHA) menyebutkan sebagian besar belanja kesehatan daerah sebagian besar digunakan untuk pengobatan dan belanja pegawai. Puskesmas merupakan wahana yang paling efektif dalam mendistribusikan komitmen dan sumberdaya daerah dalam mewujudkan masyarakat yang sehat bagi semua. Investasi pada pelayanan kesehatan primer membutuhkan pembagian peran yang besar antara pemerintah daerah di provinsi dan kabupaten/kota. Peran Pemerintah Provinsi seringkali kabur, sehingga peran dan tanggung jawabnya dalam transformasi pelayanan kesehatan primer perlu didefinisikan dengan jelas.

**Kemitraan Multi Pihak (KMP) harus menjadi kerangka dalam penguatan pelayanan kesehatan primer melalui pembagian peran, sumber daya serta tanggung jawab antara pemerintah, dunia usaha, kelompok masyarakat sipil, universitas dan media.** Dalam upaya menjawab tantangan dalam menyediakan layanan primer yang berkualitas dibutuhkan komitmen yang kuat dari berbagai sektor, salah satunya, bagi universitas dalam menyediakan tenaga kesehatan yang berkualitas. Peran dunia usaha termasuk klinik swasta/praktik pribadi harus dihitung sebagai bagian integral dalam sistem layanan dasar. Kelompok masyarakat sipil bisa menjadi mitra strategis pemerintah dalam menghadirkan program yang inovatif yang berkualitas.

**Transformasi sistem layanan kesehatan primer dibutuhkan untuk meningkatkan kinerja Puskesmas dalam merespon kebutuhan masyarakat dan program prioritas pemerintah.** Salah satu aspek terpenting adalah ketersediaan sumber daya manusia kesehatan berkualitas.

Saat ini distribusi tenaga kesehatan dirasa belum merata, baik secara kualitas dan kebutuhan jenis tenaga kesehatan yang mampu menjawab dengan program prioritas pemerintah, mekanisme insentif dan perlindungan tenaga kesehatan serta tata kelola SDM kesehatan yang tidak akuntabel menjadi bagian yang harus diperbaiki (Pengembangan, 2018). Transformasi ini diharapkan dapat mengurangi disparitas distribusi dan kualitas tenaga kesehatan di Puskesmas, meningkatkan capaian program pemerintah pusat dan daerah, penguatan layanan JKN serta mendorong kolaborasi lintas profesi dan sektor dalam pembangunan kesehatan di daerah.

### Referensi

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2019. Dampak Penempatan Tim Nusantara Sehat, Jakarta: Kemenkes RI.
2. D'Amour, D., Ferrada-Videla M, V. M. & Rodrigue, S. M., 2005. The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 1(19), pp. 116-131.
3. Kemenkes RI, 2010. Penempatan Tenaga Kesehatan Strategis di Daerah Terpencil. [Online] Available at: <https://www.kemkes.go.id/development/site/jkn/index.php?cid=1181&id=penempatan-tenaga-kesehatan-strategis-di-daerah-terpencil.html> [Accessed 28 Oktober 2019].
4. Meilissa, Y., 2016. Unwrapping the Proseses of Institutional Change in Rural Health Workforces Programme: The Adoptuon of Team-Based Deployment Policy - The Case of Indonesia, London: Dissertation.
5. Pengembangan, B. P. d., 2018. Laporan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan 2017, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
6. PPN/BAPPENAS, K., 2015. Health Sector Review Consolidated Report 2014. s.l.:Kementerian PPN/BAPPENAS. Saminarsih, D., Sitepu, A., Melissa, Y. & Herlinda, O., 2014. Government-led Innovation for Health: "Pencerah Nusantara" the case of Indonesia. Pittsburgh, s.n.
7. WHO, 2006. The World Health Report 2006: Working Together for Health, Geneva: WHO. World Bank Group, 2009. Health financing in Indonesia: A Reform Road Map, s.l.: World Bank Group.
8. World Health Organization, 2018. Building the primary health care workforce of the 21st century, s.l.: World Health Organization.