

EVALUASI DISTRIBUSI DOKTER DAN AKSES MASYARAKAT TERHADAP PELAYANAN MEDIS DI KABUPATEN GUNUNGGIDUL TAHUN 2010

EVALUATION ON DOCTOR DISTRIBUTION AND COMMUNITY ACCESS
TOWARD MEDICAL SERVICE IN GUNUNGGIDUL DISTRICT
IN THE YEAR OF 2010

Abdul Azis¹, Andreasta Meliala², Lutfan Lazuardi²

Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

ABSTRACT

Background. The lack number of medical provider and imbalanced distribution are the most relevant issues in human resource planning and manning which effected on the decreasing of health service indicator as the impact of lack of skillful and experienced manpower when the health service demand keeps increasing. Hence, evaluation on availability and distribution of medical service as a basic to create a policy on medical service arrangement in Gunungkidul district is necessary.

Objective. This research was aimed to identify the availability and distribution on medical service as well community access in Gunungkidul district.

Method. This was a case study research that was conducted in Gunungkidul district in February – April 2010 in Health Office, Regional Employee Board, 3 government hospitals, 30 Primary Health Care and 111 branch Primary Health Care, 46 clinics and 51 private doctors. The data was collected from secondary data in 2008-2010 and in depth interview toward government authority who managed medical providers; 6 in health office, 3 in Regional Employee Board, 30 doctors and 30 medical service users. In addition, the data was analysed descriptively.

Result. There was a lack of the availability of medical officer in Gunungkidul district which was caused that there were many employees who resigned from the job than those who was signed in the past 3 years including private medical officers who were depends on the role of government health officer who had double practice. The arranged policy was not yet maximum because of the limited funding. The distribution of medical service was more in the area with high Product Domestic Regional Bruto and in municipalities. The distance to get medical service is in medium category. There was medical service unavailability from 9 PM up to 5 AM in urban areas except in the sub district which had inpatient treatment in Primary Health Care and in municipality.

Conclusion. There was a lack of availability of medical provider in Gunungkidul district. The arranged policy was not yet optimum because of the limited funding. Distribution of medical service was more in the area with high Product Domestic Regional Bruto and municipality with medium category community access and there was still medical service unavailability at night.

Keyword: Distribution, accessibility, availability, doctor.

ABSTRAK

Latar Belakang. Jumlah tenaga medis yang kurang dan distribusi yang belum merata merupakan isu-isu paling relevan dalam *human resource planning* dan suplai tenaga yang berdampak pada indikator pelayanan kesehatan yang menurun akibat kekurangan tenaga terampil dan berpengalaman pada saat permintaan pelayanan terus meningkat. Sehingga perlu dilakukan kajian sebagai dasar menetapkan kebijakan di Kabupaten Gunungkidul.

Tujuan Penelitian. Mengidentifikasi ketersediaan dan distribusi pelayanan medis serta akses masyarakat di kabupaten Gunungkidul.

Metode Penelitian. Penelitian studi kasus ini dilakukan di Kabupaten Gunungkidul pada bulan Februari -April 2010 di Dinas Kesehatan, Badan Kepegawaian Daerah, 3 rumah sakit, 30 Puskesmas dan 111 Pustu, 46 Klinik/ BP/ RB dan 51 Dokter praktek swasta. Data dikumpulkan dari data skunder tahun 2008 - 2010 dan wawancara mendalam kepada pejabat pengelola tenaga medis. 6 pejabat dinas kesehatan, 3 di Badan Kepegawaian Daerah, 30 dokter dan 30 masyarakat. Analisis data secara deskriptif.

Hasil Penelitian : Ketersediaan tenaga medis Kabupaten Gunungkidul masih kurang di sebabkan dalam 3 tahun terakhir jumlah yang keluar lebih banyak di dibandingkan dengan yang masuk, termasuk tenaga medis swasta yang ketersediaannya tergantung dari tenaga medis pemerintah yang praktek ganda. Kebijakan yang di susun belum optimal karena terbatasnya pembiayaan. Pola distribusi pelayanan medis menumpuk di wilayah dengan PDRB tinggi, perkotaan dan mudah transportasinya. Jarak pelayanan untuk di akses masyarakat dengan kategori mudah. Tetapi terjadi kekosongan pelayanan medis pada malam hari di pedesaan

Kesimpulan. Ketersediaan tenaga medis Kabupaten Gunungkidul masih kurang. Pola distribusi pelayanan medis lebih banyak di wilayah perkotaan, PDRB tinggi dan transportasi yang mudah. Sedangkan akses masyarakat terhadap pelayanan mudah tetapi terjadi kekosongan pelayanan medis pada malam hari di pedesaan. Kebijakan yang ada belum optimal karena terbatasnya biaya, daerah miskin, pedesaan, sulit transportasi/ komunikasi.

Kata Kunci : Distribusi, Ketersediaan, Akses , Dokter

PENGANTAR

Salah satu aspek yang penting dalam pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan adalah pendistribusian. Hal ini berlaku bagi seluruh negara di dunia terutama di negara berkembang. Distribusi tenaga kerja yang tidak merata merupakan isu-isu paling relevan dalam *human resource planning* dan suplai tenaga¹. Banyak indikator pelayanan kesehatan yang menurun akibat kekurangan tenaga terampil dan berpengalaman pada saat permintaan pelayanan kesehatan terus meningkat².

Indonesia adalah merupakan pasar yang sangat menjanjikan bagi asing mengingat wilayah yang sangat luas, jumlah penduduk yang sangat besar. Jumlah tenaga kesehatan terbatas tetapi distribusinya tidak merata, terutama pada daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan¹. Kebijakan sudah banyak dikeluarkan oleh pemerintah tetapi upaya yang ada belum cukup efektif dan belum mampu menjawab kebutuhan daerah dengan karakter spesifik wilayah dan kebutuhan yang berbeda. Hal ini harus disikapi sebagai tantangan bagi pemerintah untuk peningkatan pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Pemetaan dengan model Sistem Informasi Geografis (SIG) dapat digunakan sebagai dasar untuk perencanaan, pengadaan dan penempatan pelayanan medis serta mengidentifikasi ketimpangan dalam pelayanan kesehatan antara wilayah satu dan yang lain, terutama karena hambatan akses fisik secara geografis³. Distribusi yang merata dapat meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan dan memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dalam rangka mencapai tujuan pembangunan nasional terutama dalam rangka pencapaian target *Millenium Development Goals (MDGs)*⁴. Penyebab tidak meratanya distribusi disebabkan karena proses penetapan prioritas dalam system perawatan kesehatan belum mencapai standar etika legitimasi dan keadilan bagi pengguna di daerah miskin⁵. Jumlah sumber daya manusia dan distribusi sangat diperlukan untuk pemerataan pelayanan kesehatan terutama di pedesaan⁶. Perencanaan tenaga kesehatan adalah penting bagi suatu negara dan para pekerja harus didorong untuk melayani di daerah berpenghasilan rendah dengan menyediakan kondisi yang lebih baik⁷. Evaluasi adalah upaya penatalaksanaan program secara sistematis dengan melihat manfaat dan pentingnya program tersebut. Pengukuran kesuksesan evaluasi program harus dapat mempertimbangkan tingkat pertumbuhan atau kemajuan pencapaian pengetahuan⁸, dengan alasan evaluasi guna menekankan nilai evaluasi sebagai instrumen

untuk memperbaiki program dan evaluasi sebagai cara membuktikan efektifitas program⁹.

Istilah evaluasi lebih menunjukkan pada aktifitas pengumpulan data, penganalisaan dan pelaporan informasi secara sistematis yang kemudian dapat digunakan untuk melihat efektifitas suatu program¹⁰. Penelitian sangat diperlukan untuk menilai, membuktikan efektifitas dan memperbaiki distribusi dokter dan akses masyarakat terhadap pelayanan medis baik pemerintah maupun swasta di Kabupaten Gunungkidul Tahun 2010.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan studi kasus yang dilakukan di Kabupaten Gunungkidul pada bulan Februari sampai dengan bulan April 2010, yaitu di Dinas Kesehatan, Badan Kepegawaian Daerah, tiga rumah sakit, tiga puluh puskesmas dan seratus sebelas puskesmas pembantu, empat puluh enam Klinik/BP/RB dan lima puluh satu dokter praktek swasta. Data dikumpulkan dari data sekunder, mulai tahun 2008 sampai dengan tahun 2010 dan wawancara mendalam kepada pejabat yang mengelola tenaga medis terdiri dari enam di dinas kesehatan, tiga di Badan Kepegawaian Daerah, tiga puluh dokter dan tiga puluh masyarakat pengguna jasa pelayanan medis. Data dianalisis secara deskriptif.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN Penyebab Kurangnya Jumlah Dokter di Wilayah Kabupaten Gunungkidul

Rasio tenaga kesehatan di Indonesia masih kurang bila dibandingkan dengan negara lain. Rasio dokter di Indonesia adalah 22/100.000 penduduk, India 33/100.000 penduduk, Thailand 28/100.000 penduduk, sedangkan rata-rata Asia 29/100.000 penduduk dan rata-rata dunia adalah 62/100.000 penduduk dan jumlah tenaga kesehatan secara nasional belum mencukupi, dibuktikan dengan banyaknya puskesmas dan puskesmas pembantu kekurangan tenaga¹².

Ketersediaan sumber daya manusia dipengaruhi oleh berbagai faktor. Kebijakan organisasi pemerintah mempengaruhi pemerataan dan penempatan sumber daya manusia¹³. Kebijakan sistem imbalan, yaitu gaji, tunjangan, dan insentif dapat mempengaruhi ketersediaan tenaga pada suatu organisasi¹⁴. Tingkat perekonomian daerah juga berpengaruh terhadap tersedianya sumber daya kesehatan¹⁵. Kebijakan juga dipengaruhi oleh lingkungan¹⁶.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia

Kesehatan di tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta rumah sakit bertujuan membantu daerah mewujudkan rencana penyediaan dan kebutuhan SDM Kesehatan pada tingkat institusi dan tingkat wilayah yang dalam prakteknya lebih banyak menggunakan *Ratios Method*¹⁷. Perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan yang paling penting adalah tetap memperhatikan tujuan pembangunan kesehatan dan kecenderungan permasalahan kesehatan di masa depan yang rekrutmennya dapat berasal baik dari dalam maupun dari luar organisasi¹⁸.

Rasio tenaga medis di Gunungkidul baik dokter umum maupun spesialis per 100.000 penduduk masih kurang yaitu setiap 100.000 penduduk baru dilayani oleh 3 orang dokter spesialis, sedangkan standar Indonesia sehat seharusnya dilayani 6 orang dokter spesialis dan baru 13,8 dokter umum melayani 100.000 penduduk dari standar 40 dokter umum melayani 100.000 penduduk¹⁹.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada tahap perencanaan tenaga medis telah dilaksanakan dengan menghitung berdasarkan rasio per 100.000 penduduk, tetapi jumlah yang ada masih kurang. Hal ini di sebabkan karena : 1) dari usulan formasi tiga tahun berturut turut tidak semua usulan disetujui dan ditetapkan sebagai formasi. Pada tahun 2008 hanya dapat disetujui 85,1 %, tahun 2009 73,0 % dan tahun 2010 Dinas Kesehatan tidak mendapatkan formasi penerimaan Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS). Hal ini di sebabkan karena keterbatasan kemampuan pembiayaan daerah, dan 2) jumlah tenaga medis di Kabupaten Gunungkidul dalam tiga tahun terakhir terus berkurang.

Penyebab berkurangnya Jumlah tenaga medis di Kabupaten Gunungkidul dalam 3 tahun terakhir dikarenakan pada tahun 2008 dari formasi yang ada hanya terisi 78,2 %, tahun 2009 terisi 78,9 % . Formasi penerimaan CPNS tenaga dokter Spesialis tidak ada yang melamar akibat rendahnya minat dokter spesialis untuk bekerja di Gunungkidul dan pada tahun 2010 tidak tersedia formasi CPNS tenaga medis sedangkan jumlah tenaga medis yang pindah, pensiun dan meninggal lebih banyak.

Kondisi Kabupaten Gunungkidul Adalah Spesifik di Tinjau dari Demografi, Topografi Maupun Sosial Ekonomi.

Distribusi tenaga kesehatan per kabupaten/kota di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta perbedaannya sangat menyolok. Kotamadya Yogyakarta dan Kabupaten Sleman memiliki tenaga kesehatan paling banyak, sementara Kabupaten Gunungkidul dan Kabupaten Kulonprogo paling sedikit. Hal ini disebabkan karena Kabupaten Gunungkidul meru-

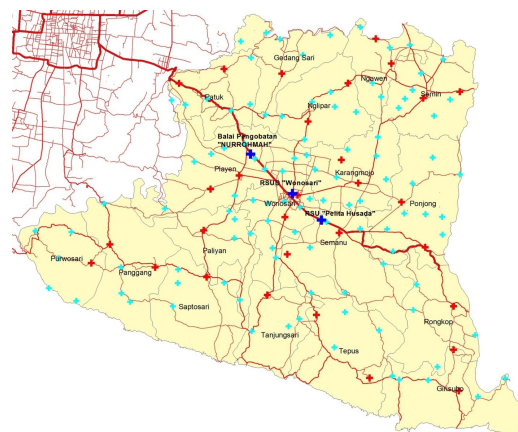
upakan daerah miskin (pada tahun 2009 termasuk kategori daerah tertinggal), dengan wilayah yang luas (46,63 % dari luas Propinsi DIY) dan penduduk yang jarang serta daerah yang kering dan tandus¹⁹.

Tenaga medis yang cukup dan distribusi yang merata sangat diperlukan untuk pelayanan kesehatan di pedesaan. Agar penetapan prioritas dalam pelayanan kesehatan yang ada dapat mencapai standar etika legitimasi dan keadilan bagi pengguna di daerah miskin. Pemerintah Kabupaten Gunungkidul telah memberikan prioritas yang lebih bagi daerah miskin, topografi dan transportasi yang sulit agar ketersediaan dan distribusinya tidak menumpuk di daerah perkotaan dan kaya menyusun perencanaan tenaga kesehatan secara sistematis guna mendorong tenaga kesehatan untuk melayani di daerah berpenghasilan rendah. Tetapi karena anggaran yang terbatas belum mampu membuat daerah tersebut menarik bagi pasar karena sosial ekonomi yang rendah, topografi dan transportasi yang sulit.

Distribusi Pelayanan Medis dan Perbedaan Distribusi Pelayanan Medis di Daerah Pedesaan dan Perkotaan di Kabupaten Gunungkidul

Maldistribution sumber daya manusia untuk kesehatan merupakan fenomena di seluruh dunia dan mungkin muncul dalam dimensi yang berbeda. Beberapa faktor yang mempengaruhi *maldistribution* dokter, mulai dari sosial umum dan ketimpangan ekonomi, sistem pendidikan kedokteran, insentif pembayaran, pengembangan sistem kesehatan publik/swasta, dan gerakan sosial²⁰.

Distribusi pelayanan medis pemerintah dan rumah sakit swasta di Kabupaten Gunungkidul sebagai berikut:



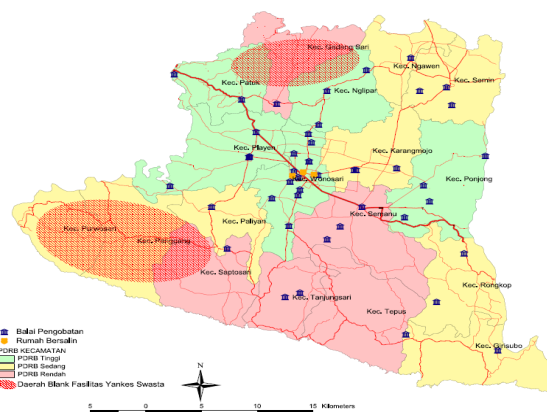
Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul tahun 2010

Gambar 1. Distribusi Pelayanan Medis Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta di Kabupaten Gunungkidul

Pada gambar 1, hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi pelayanan medis pemerintah dan rumah sakit swasta di Kabupaten Gunungkidul sudah merata untuk 144 desa, ada satu rumah sakit di kota Wonosari di ikuti tiga puluh puskesmas yang tersebar di delapan belas kecamatan dengan satu sampai dua puskesmas perkecamatan, sedangkan seratus empat belas desa lainnya di layani oleh seratus sebelas puskesmas pembantu.

Pada gambar 2, menunjukkan bahwa distribusi dokter praktek swasta terbanyak terdapat di Kota Wonosari, dan Nglipar dengan tingkat *Produk Domestik Regional Bruto* (PDRB) tertinggi, perkotaan, transportasi dan komunikasi yang mudah. Wilayah yang tidak terdapat dokter praktek swasta adalah Kecamatan Panggang, Purwosari, dan Girisubo dengan PDRB sedang dan Kecamatan Saptosari, Tanjungsari, dan Gedangsari dengan PDRB paling rendah. Dua wilayah kecamatan dengan PDRB sedang tetapi terdapat praktek pelayanan medis cukup banyak yaitu Kecamatan Karangmojo dan Semin yang merupakan jalur transportasi dan komunikasi yang mudah, perperlintasan antara Kabupaten Gunungkidul Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta – Kabupaten Sukoharjo Propinsi Jawa Tengah.

Pada gambar 3, menunjukkan bahwa distribusi sarana pelayanan kesehatan swasta di Kabupaten Gunungkidul untuk Balai Pengobatan dan Rumah Bersalin (BPRB) paling banyak terdapat di wilayah dengan tingkat PDRB tertinggi yaitu Kota Wonosari, Ponjong, Playen dan Nglipar perkotaan yang transportasi dan komunikasi mudah terjangkau. Wilayah yang tidak terdapat sarana pelayanan kesehatan swasta adalah Kecamatan Panggang, Purwosari dan Gedangsari dengan PDRB paling rendah, pedesaan,

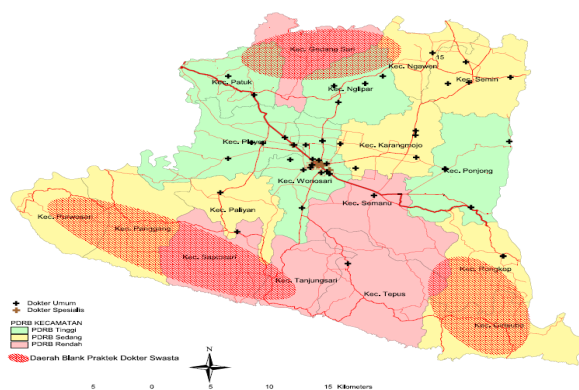


Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul tahun 2010

Gambar 3. Distribusi Sarana Pelayanan Kesehatan Swasta di Kabupaten Gunungkidul

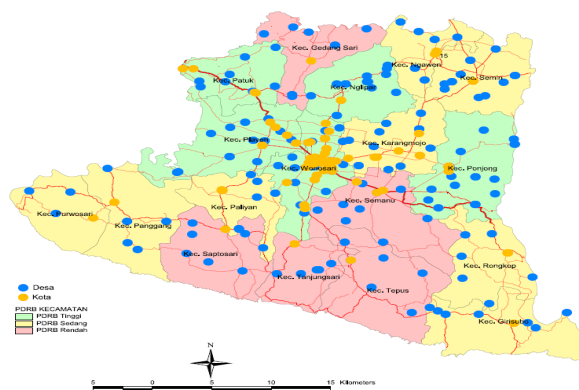
transportasi dan komunikasi yang sulit. Wilayah kecamatan dengan PDRB sedang tetapi terdapat praktek pelayanan medis cukup banyak yaitu Kecamatan Semin dan wilayah kecamatan dengan PDRB rendah tetapi terdapat praktek pelayanan medis cukup banyak yaitu Kecamatan Semanu karena dilalui oleh jalur transportasi yang baik dan komunikasi yang mudah.

Distribusi pelayanan kesehatan secara keseluruhan persebarannya mengikuti jalur antar propinsi dari Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta sampai dengan Propinsi Jawa Tengah melalui Kota Wonosari-Wonogiri. Pada perlintasan tersebut terdapat tiga rumah sakit, enam Puskesmas, sebelas puskesmas pembantu, enam BP/RB dan delapan dokter dengan kepadatan tertinggi di daerah Kota Wonosari, kemudian mengikuti jalur transportasi dari arah



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul tahun 2010

Gambar 2. Distribusi Dokter Praktek Swasta di Kabupaten Gunungkidul



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul tahun 2010

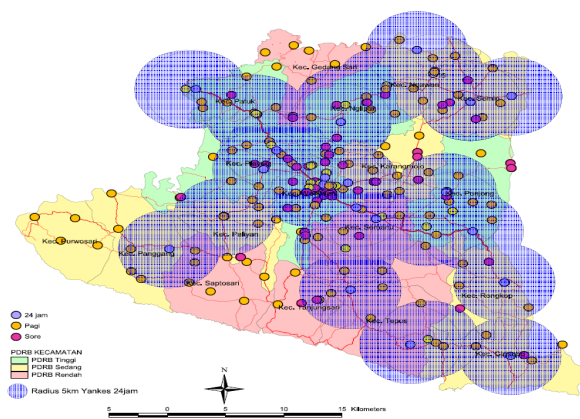
Gambar 4. Distribusi Lokasi Pelayanan Kesehatan di Pedesaan dan Perkotaan di Kabupaten Gunungkidul

Yogyakarta menuju Kabupaten Wonosari, daerah segitiga Kecamatan Ponjong – Karangmojo – Semanu dan kecamatan Semin. Wilayah yang persebarannya terkecil ada di Kecamatan Panggang, Purwosari dan Gedangsari sebagai daerah pedesaan, perbatasan, miskin dan sulit transportasi/komunikasi.

Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, 65 persen sampai dengan 75 persen tenaga kesehatan dapat di *re-suply* ke daerah pedesaan, maka perlunya kebijakan daerah dalam melakukan *re-suply* pelayanan medis di daerah perkotaan ke daerah pedesaan²¹.

Jarak Tempuh Masyarakat dan Jam Buka Pelayanan Medis di Kabupaten Gunungkidul

Persebaran pelayanan medis pemerintah maupun swasta ditinjau dari kemudahan akses masyarakat berdasarkan jarak dan jam buka pelayanan medis adalah sebagaimana Gambar 5 berikut :



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul tahun 2010

Gambar 5. Distribusi Lokasi Pelayanan medis dan Jam buka Pelayanan medis di Kabupaten Gunungkidul Tahun 2010

Gambar tersebut menunjukkan dari satu rumah sakit pemerintah, dua rumah sakit swasta, tiga puluh puskesmas dan seratus sebelas puskesmas pembantu, empat puluh enam klinik/ balai pengobatan/ rumah bersalin dan lima puluh stau dokter praktek swasta, yang kebanyakan hanya buka pukul 07.00 wib sampai dengan pukul 14.00 wib dan pukul 16.00 wib sampai dengan pukul 20.00 wib sehingga terdapat kekosongan pelayanan antara pukul 21.00 wib sampai dengan pukul 05.00 wib. Unit pelayanan medis yang tersedia untuk masya-

rakat dalam 24 jam yaitu tiga rumah sakit, tiga belas puskesmas rawat inap, tiga belas Klinik/Balai Pengobatan/Rumah Bersalin yang terdapat di daerah perkotaan yaitu di Kecamatan Playen satu unit, Kecamatan Ngawen satu unit, Kecamatan Patuk satu unit, Kecamatan Semin satu unit dan di Kota Wonosari sebanyak enam unit, sedangkan di pedesaan yaitu Jetis Saptosari satu unit, Kedungpoh Nglipar satu unit dan Kenteng Ponjong satu unit. Jarak masyarakat untuk menjangkau pelayanan rata rata kurang dari lima kilometer pada pagi dan sore hari, sedangkan daerah yang jauh lebih dari 5 kilometer dari pelayanan pada malam hari adalah Kecamatan Gedangsari bagian utara yang berbatasan dengan Kabupaten Klaten Propinsi Jawa Tengah, Kecamatan Karangmojo bagian utara yang berbatasan dengan Kecamatan Semin bagian barat, Kecamatan Tepus bagian timur yang berbatasan dengan Kecamatan Rongkop bagian barat, Kecamatan Saptosari bagian timur yang berbatasan dengan Kecamatan Tanjungsari bagian barat dan Kecamatan Purwosari yang berbatasan dengan Kabupaten Bantul.

Pelayanan medis swasta diharapkan memberikan andil di tengah ketidakmampuan pemerintah menyediakan pelayanan medis yang dapat di akses dengan mudah oleh masyarakat. Distribusi di pedesaan masih kecil sehingga terjadi kekosongan pelayanan disebagian besar daerah pedesaan pada sore dan malam hari dengan jarak tempuh yang jauh. Salah satu penyebab tidak tersedianya pelayanan dalam 24 jam adalah terbatasnya tenaga medis di Kabupaten Gunungkidul sehingga terjadi peran ganda dari tenaga medis di dua atau tiga tempat pelayanan. Tenaga medis kebanyakan berperan sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) pada jam kerja dan sebagai tenaga swasta pada sore dan malam hari. Tempat pelayanan yang ada tidak memungkinkan untuk tetap buka 24 jam.

Kebijakan yang Telah Diambil Oleh Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Akses Masyarakat Terhadap Pelayanan Medis di Kabupaten Gunungkidul

Beberapa kebijakan diambil Pemerintah Gunungkidul dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan medis yaitu: 1) perencanaan dan evaluasi tenaga medis, 2) mengusulkan formasi kebutuhan, 3) rekrutmen Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) baru, 4) membuka penerimaan tenaga medis pindahan dari luar kabupaten, 5) mengirimkan peserta tugas belajar/ijin belajar bagi dokter umum ke spesialis, dan 6) membuat perda No. 02/2003

tentang retribusi izin pelayanan kesehatan swasta dan peraturan bupati No. 22/2010 tentang tata-laksana pelayanan perijinan pada kantor pelayanan terpadu.

Kebijakan disusun oleh seseorang, kelompok atau pemerintah untuk mengatasi hambatan-hambatan agar dapat mencapai tujuan¹². Pembuatan kebijakan tidak dapat dilepaskan dari pengaruh lingkungan. Tuntutan terhadap kebijakan dapat dilahirkan karena pengaruh lingkungan. Faktor lingkungan tersebut yaitu karakteristik geografi seperti: topografi, sumber daya alam, iklim, demografi, ekonomi, gejolak politik dan kriminalitas¹⁵. Kebijakan publik yang diterbitkan pemerintah sering berbeda antara apa yang akan dilakukan dengan apa yang sesungguhnya harus dilakukan. Muatan politik melalui intervensi dari berbagai kepentingan, sehingga tujuan tidak dapat dicapai secara optimal¹².

Hasil penelitian menunjukkan keterbatasan daerah dalam membuat kebijakan menyediakan tenaga medis dan distribusinya, salah satunya adalah belum direalisasikannya usulan kebutuhan tenaga medis karena terbatasnya sumber pembiayaan daerah dalam menyediakan gaji, insentif, dan tunjangan dalam penempatannya. Hal ini berpengaruh pada rekrutmen CPNS. Pada tahun 2008 dari jumlah formasi yang tersedia hanya dapat di isi sebanyak 78,2 %, tahun 2009 78,9 % dan tahun 2010 dinas kesehatan tidak mendapatkan formasi penerimaan Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS).

Kabupaten Gunungkidul dengan wilayah yang luas, penduduk yang jarang, jumlah tenaga kesehatan yang terbatas tetapi distribusinya tidak merata, merupakan tantangan bagi pemerintah kabupaten. Peran swasta perlu di optimalkan dalam membantu tugas pemerintah menyediakan pelayanan yang merata dan bermutu. Beberapa kebijakan yang dikeluarkan tetapi belum cukup efektif untuk menjawab kebutuhan wilayah dengan karakter yang spesifik sehingga menimbulkan masalah kualitas pelayanan. Hal ini harus disikapi sebagai tantangan untuk mengkaji kembali beberapa pelayanan medis yang sudah disediakan khususnya di daerah perkotaan dan mendistribusikan ulang bagi daerah miskin dan pedesaan agar dapat meningkatkan jangkauan pelayanan dan memperbaiki kualitas pelayanan sesuai tujuan pembangunan.

Jumlah pengadaan tenaga medis lebih kecil dari jumlah tenaga yang pensiun, pindah dan meninggal sehingga jumlah tenaga medis terus berkurang. Adanya tenaga medis yang pindah dari Kabupaten Gunungkidul, tetapi Kabupaten Gunungkidul kekurangan tenaga medis. Menunjukkan adanya Kebijakan publik yang diterbitkan pemerintah berbeda

dengan apa yang sesungguhnya harus dilakukan sehingga tujuan tidak dapat dicapai secara optimal⁵.

Makin berkembangnya peran swasta harus dipertimbangkan oleh pemerintah dalam menentukan arah kebijakan sektor kesehatan. Pemetaan data kewilayahan berdasarkan karakter spesifik dan kebutuhan wilayah menjadi bagian yang sangat penting selain pengkajian adanya peran ganda dari pelaku praktek profesi kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Ketersediaan tenaga medis di Kabupaten Gunungkidul masih kurang dibandingkan dengan standar indikator Indonesia sehat tahun 2010. Hal ini disebabkan jumlah yang keluar lebih banyak dibandingkan dengan yang masuk, termasuk tenaga medis swasta yang ketersediaannya tergantung dari tenaga medis pemerintah yang menjalankan praktek ganda yang disebabkan kekhawatiran untuk bekerja di daerah terpencil dan pedesaan yang berkaitan dengan sosial ekonomi, akses pendidikan bagi anak-anak, ketersediaan lapangan kerja untuk pasangan, ketidakamanan, dan kelebihan beban kerja.

Permintaan pelayanan medis dari masyarakat belum disuplai oleh pasar secara cukup karena kondisi Kabupaten Gunungkidul adalah: spesifik di tinjau dari aspek demografi, topografi maupun status sosial ekonomi karena wilayah yang luas, miskin, tandus dan penduduk yang jarang sehingga tidak menarik bagi penyedia jasa pelayanan sehingga berakibat: 1) pola distribusi pelayanan medis pemerintah di Kabupaten Gunungkidul meskipun sudah merata di 144 desa tetapi baru dapat di akses dengan mudah pada jam buka pelayanan pagi hari, 2) pola distribusi pelayanan medis swasta di Kabupaten Gunungkidul lebih banyak menumpuk di wilayah dengan PDRB tinggi dan daerah perkotaan, wilayah dengan kemudahan transportasi dan penduduk yang padat, dan 3) pola distribusi pelayanan medis baik pemerintah maupun swasta di Kabupaten Gunungkidul lebih banyak menumpuk di wilayah dengan PDRB tinggi dan daerah perkotaan khususnya di Kota Wonosari, wilayah dengan kemudahan transportasi dan penduduk yang padat.

Kondisi Kabupaten Gunungkidul yang spesifik dari aspek ekonomi dan demografi sehingga beberapa kebijakan dan intervensi yang telah diambil oleh pemerintah Kabupaten Gunungkidul dalam rangka meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan medis pemerintah belum memberikan hasil yang optimal karena keterbatasan pembiayaan dan tenaga medis yang pensiun, pindah dan meninggal jumlahnya lebih banyak dari yang diterima.

Saran

Masalah dalam perekrutan dan retensi akan menyebabkan kekurangan tenaga kerja, sehingga dinas kesehatan perlu mencari strategi khusus, mengingat kondisi daerah yang spesifik agar tercukupinya ketersediaan dan pemerataan tenaga medis. Intervensi yang ada harus bersinergi dengan program yang lain karena tidak ada intervensi tunggal yang efektif dalam mengatasi rendahnya daya tarik dan faktor retensi yang kompleks, maka strategi untuk menarik dan mempertahankan pekerja kesehatan di daerah terpencil dan pedesaan harus mencakup satu paket intervensi meliputi: 1) Intervensi ekonomi antara lain: melalui peningkatan infrastruktur pedesaan, perumahan, jalan, pasokan air, alat komunikasi, insentif keuangan, pengembangan sektor swasta. Perlu adanya advokasi dalam penganggaran untuk menyediakan insentif dalam peningkatan kondisi kerja dan kehidupan, termasuk kesempatan untuk anak sekolah. dan pekerjaan pasangan termasuk dipastikan memadainya pasokan teknologi dan obat-obatan dalam menarik minat tenaga medis/spesialis tertentu khususnya tenaga medis spesialis anaestesi, 2) Intervensi peraturan melalui: optimalisasi peran pemerintah sebagai regulator dan fasilitator dengan menyusun rencana tata ruang dan tata wilayah perijinan pelayanan medis ke dalam sistem kesehatan daerah dengan peningkatan peran swasta untuk wilayah tertentu yang tidak terjangkau oleh pelayanan medis pemerintah atau sebaliknya. Dinas Kesehatan perlu melakukan advokasi dalam proses rekrutmen tenaga medis spesialis tertentu melalui pemberian surat penugasan atau pengajuan diskresi atas Undang Undang No. 29/2004 tentang praktek kedokteran dan atau Permenkes No. 512/2007 tentang izin praktek dan pelaksanaan praktek kedokteran.

REFERENSI

1. Trisnantoro, L, Ed, Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah: 2001-2003, Gadjah Mada University Press. Yogyakarta, 2005.
2. Oliver, M, and Angelbert, M, Distribution of Public Sector Health Workers in Zimbabwe : A Challenge for equity In Health , Journal equinet Discusion, Departement of Community Medicine, University of Zimbabwe, 2006;(34).
3. Black M, Ebener S, Aguilar PN, Vidaurre M, El Morjani Z, Using GIS to Measure Physical Accessibility to Health Care, World Health Organization, Pan American Health Organization Journal and RMIT University, 2004.
4. Dreesch, N, Doleace, Dal poz, ML, Goubarev, A, Adam, O, Oregawi, M, Bergstrom, K, Fogstad, H, Sheratt, D, Linkins, J, Scherpbier, R, Youssef, Fox, M, an Approach to Estimating Human Resource Requirements to Achieve the Millenium Development Goals, Journal of Health Policy and Planning, 2005;(20):267-76.
5. Baros, FF, Howard, AW, Martin, D, KM, Inequitable Distribution of Health Resources in Brasil: an Analysis of National Priority Setting, Journal of Tropical Pediatric, Acta Bioethica; 2009;15 (2):179-183.
6. Alkam, BB, Atakan, CA, and Sahin, A, (2011), Measuring Inequalities in the Distribution of Health Worker By Bi-plot approach : The Case Of Turkey, Journal of Economic and Behavioral Studies, Ankara and Gazi University , Ankara, Turkey, 2011;(2);57-66.
7. Theodorakis, PN, Mantz avinis, GD, Lionis, LR, Trel, E, Measuring Health Inequalities in Albania: a Focus on The Distribution of General Practitioners, Journal of Human Resource Health, 2006;4
8. CDC Atlanta, Framework For Program Evaluation in Public Health, Recommendations and Reports , 1999;48(11):1-40
9. Leger, AS, Schniedan, H, dan Walsworth Bel, JP, Evaluating Health Services' Effectiveness, Milton Keynes-Philadelphia, Open University Press, 1992.
10. Douglah, M, Developing a Concept of Extension Program Evaluation, Program Development and Evaluation, Journal of Extention, University of Wisconsin, 1998.
11. Husain, I, Kecukupan dan Kualitas Tenaga Kesehatan Puskesmas Studi Distribusi Desa-Kota dan Regional Analisa Data Sakerti 2000, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2004..
12. Agustino, L, Dasar-dasar Kebijakan Publik, Alfabeta, Bandung, 2006.
13. Siagian, SP, Manajemen Sumber Daya Manusia, Bumi Aksara, Jakarta, 2003.
14. Trisnantoro, L, Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2005.
15. Subarsono, AG, Analisis Kebijakan Publik Konsep Teori dan Aplikasi, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2005.
16. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. SK Menkes No. 81/Menkes/SK/1/2004 tentang Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Ma-

- nusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit, Jakarta, 2004.
17. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Sistem Kesehatan Nasional, Jakarta, 2009.
 18. Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, Profil Kesehatan Kabupaten Gunungkidul tahun 2009, Gunungkidul, 2009.
 19. Wibulpolpraset, SMD, Inequitable distribution of doctors: can it be solved?, Human resources for health development journal, 1999;3(1).
 20. Salafsky, B, Glasser M, Dan Ha, J, Addressing Issues of Maldistribution of Health care Workers, Journal Ann Acad Med Singapore, 2005;34:520-6.
 21. Andersen R, Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter, Journal of Health and Social Behavior, 1995;36:1-10.