

Kondisi Pembiayaan dan Tantangan Sumber Daya Manusia Saat ini di Puskesmas



“Persyaratan administrasi untuk pelaporan BOK terlalu banyak dan menyebabkan para tenaga lapangan kehilangan konsentrasi dalam menyediakan layanan kesehatan berkualitas tinggi untuk komunitas mereka.”

Kepala Puskesmas di Pematang ¹

Pemerintah Indonesia telah meluncurkan serangkaian inisiatif reformasi untuk meningkatkan pelayanan penyediaan layanan kesehatan di seluruh Indonesia dalam 10 tahun terakhir. Fokus

utamanya adalah memperkuat proses bisnis dan aspek tata kelola unit pelayanan dasar, seperti pusat kesehatan masyarakat (puskesmas). Implementasi program Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) pada 2010 dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 2014 telah memengaruhi kompleksitas proses bisnis dan tata kelola puskesmas di seluruh Indonesia. Temuan yang diperoleh pada 22 puskesmas di 11 kecamatan, dan analisis mendalam pada enam puskesmas 2 menunjukkan munculnya tantangan dan dinamika baru terkait aspek sumber daya manusia (SDM) sektor kesehatan. Setidaknya, ada tiga dinamika

¹ FGD dengan staf di Puskesmas Banjardawa Pematang.

² Puskesmas Prajekan dan Puskesmas Tegalmepel (Bondowoso, Jawa Timur); Puskesmas Kota dan Puskesmas Baruga (Bantaeng, Sulawesi Selatan); dan Puskesmas Suela dan Puskesmas Selong (Lombok Timur, NTB).

manajemen SDM di puskesmas yang perlu mendapat perhatian lebih lanjut: (i) meningkatnya beban kerja administrasi dan keuangan staf serta kurangnya kompetensi terkait teknologi informasi dan akuntansi; (ii) munculnya isu-isu ketidakadilan akibat ketidakseimbangan struktur insentif; dan (iii) meningkatnya jumlah tenaga kesehatan sukarela.

PENGANTAR

Indonesia menciptakan model penyediaan pelayanan kesehatan terpadu dengan membentuk pusat-pusat kesehatan primer (puskesmas) pada 1979 yang bertujuan melakukan usaha-usaha kesehatan preventif (pencegahan) dan kuratif (pengobatan). Saat ini terdapat 9.754 unit puskesmas, di mana 3.396 puskesmas memberikan layanan rawat inap dan 6.358 menyediakan layanan rawat jalan saja.³ Sektor kesehatan sebagian besar telah mencapai target rasio ideal 1 puskesmas per 30.000 penduduk namun laporan Health Sector Review tahun 2014 mengatakan bahwa 38 persen puskesmas berada dalam kondisi rusak sedang hingga rusak berat, dan sekitar 2.000 puskesmas tidak memiliki dokter tetap. Sementara itu, 430 kecamatan tidak memiliki puskesmas (Kementerian PPN / Bappenas 2014).

Undang-Undang Nomor 17/2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005–2025 menyatakan bahwa sektor kesehatan dan pendidikan merupakan pilar inti untuk menciptakan sumber daya manusia Indonesia yang kompetitif dan berkualitas. Pemerintah pusat telah melaksanakan beberapa program reformasi di kedua sektor tersebut dalam 10 tahun terakhir. Khusus di sektor kesehatan ada dua program utama reformasi yang sedang berlangsung untuk meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan primer; (i) Program Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)⁴ diperkenalkan pada 2010; dan (ii) Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)⁵ pada 2014 yang dikelola BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional). Kedua program itu telah membawa perubahan

signifikan dari sisi pembiayaan, organisasi, proses bisnis, dan aspek manajemen sumber daya manusia di dinas-dinas kesehatan, rumah sakit, dan puskesmas. Begitu juga dengan kehadiran Undang-Undang Nomor 5/2014 tentang Aparatur Sipil Negara (ASN) yang mengamanatkan setiap instansi pemerintah untuk menerapkan sistem manajemen sumber daya manusia berbasis prestasi/*merit*. Terlepas dari keterlambatan dalam implementasinya, Undang-Undang ASN secara luas dipahami sebagai payung kebijakan pemerintah untuk merealisasi tujuan RPJPN meningkatkan kualitas PNS dan mencapai pelayanan publik yang berkualitas tinggi.

Manajemen sumber daya manusia dalam penyediaan layanan dasar adalah masalah yang kompleks. Literatur internasional telah menunjukkan bahwa sektor pendidikan dan kesehatan harus berurusan dengan berbagai masalah, terkait jumlah pegawai di setiap tingkat, distribusi, spesialisasi, komposisi dan meningkatnya kebutuhan untuk merekrut staf tidak tetap (Hdiggui 2006; WHO 2010). Dalam sektor kesehatan Indonesia, perdebatan kebijakan berkisar pada manajemen kinerja dan kompetensi, struktur insentif, serta distribusi tenaga kesehatan yang berkualitas. Pemerintah Indonesia, baik di tingkat pusat dan daerah, telah mengujicobakan berbagai kebijakan dan program untuk meningkatkan kualitas, dampak dan distribusi tenaga kesehatan, termasuk UU Kesehatan, UU Kedokteran, dan Undang-Undang Rumah Sakit (Meliala dan Anderson 2014). Meskipun upaya ini telah dilakukan, distribusi dan kinerja pelayanan tenaga kesehatan masih kurang memuaskan di sebagian besar wilayah Indonesia.

Ringkasan kebijakan ini diperoleh dari studi terkini KOMPAK⁶ mengenai aliran dana dan pengaturan tata kelola di unit pelayanan dasar kesehatan, meliputi 11 kabupaten di lima provinsi.⁷ Tujuan studi ini adalah mengidentifikasi kondisi yang menghambat efektivitas layanan pada unit pelayanan kesehatan, dengan fokus pada manajemen keuangan publik dan dampaknya terhadap

³ Kemenkes, 2015.

⁴ Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) merupakan program bantuan pemerintah pusat kepada pemerintah daerah yang bertujuan untuk mendukung implementasi program kesehatan di tingkat puskesmas. Program ini bertujuan untuk meningkatkan usaha kesehatan masyarakat, khususnya kegiatan pencegahan dan promosi untuk mencapai target program prioritas kesehatan nasional. (sumber: Permenkes 11/2015 terkait Petunjuk Teknis BOK).

⁵ Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU No. 40/2004 tentang SJSN) yang bertujuan untuk memberikan keseluruhan jaminan kesehatan universal bagi masyarakat. Sesuai amanat undang-undang pemerintah diberi waktu hingga tahun 2019 untuk mampu memberikan jaminan kesehatan menyeluruh bagi masyarakat. Asuransi ini mencakup layanan kepada setiap orang yang telah membayar Premi JKN atau bagi penerima bantuan iuran/PBI (sumber: <http://jkn.kemkes.go.id>).

⁶ KOMPAK (Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan) merupakan fasilitas yang didanai oleh Pemerintah Australia untuk mendukung berbagai program Pemerintah Indonesia dalam mencapai RPJMN 2015–2019 dengan target mengurangi kemiskinan melalui peningkatan kualitas dan cakupan layanan dasar dan untuk meningkatkan kesempatan ekonomi di luar sektor pertanian bagi masyarakat miskin.

⁷ Wilayah penelitian: Lombok Utara, dan Lombok Timur (Propinsi NTB); Pemalang dan Pekalongan (Propinsi Jawa Tengah); Pangkajene-Keulauan dan Bantaeng (Propinsi Sulawesi Selatan); Aceh Barat dan Bireuen (Propinsi NAD) dan Malang, Pacitan, dan Bondowoso (Propinsi Jawa Timur).

tata kelola dan manajemen SDM di Puskesmas. Analisis dan rekomendasi yang disampaikan dalam ringkasan ini didasarkan pada data kualitatif dan kuantitatif yang diperoleh selama studi lapangan pada 22 puskesmas di 11 kabupaten. Dilakukan juga analisis mendalam terhadap enam puskesmas yang berfokus pada bagaimana unit layanan ini mengelola berbagai sumber dana dan prosedur yang semakin kompleks dengan jumlah staf yang terbatas. Sebanyak enam puskesmas secara sengaja dipilih untuk dianalisis secara mendalam berdasarkan karakteristik sebagai berikut: i) perkotaan atau pedesaan; ii) jumlah penerima manfaat; dan iii) kemampuan keuangan.

SITUASI PEMBIAYAAN BARU DI PUSKESMAS

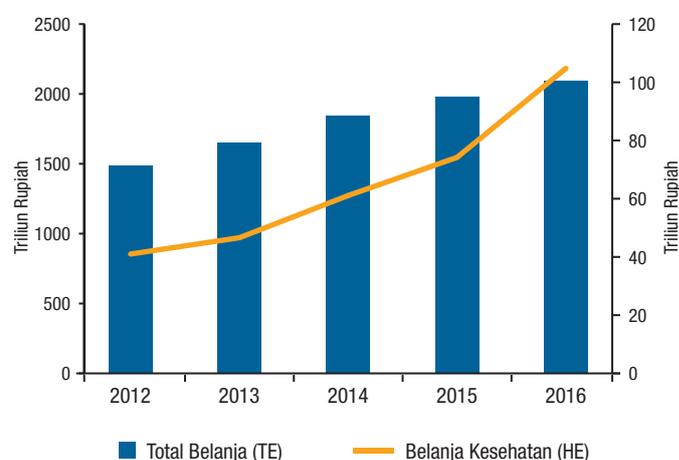
Dalam lima tahun terakhir, agenda reformasi di sektor kesehatan telah berhasil meningkatkan keseluruhan anggaran kesehatan pemerintah pusat (APBN) secara signifikan. Gambar 1a memberikan gambaran nasional peningkatan pengeluaran belanja pemerintah dan sektor kesehatan secara keseluruhan tahun 2012–2016. Pemerintah mengeluarkan Rp115.200 per kapita pada 2012 dan pada 2016 meningkat menjadi Rp403.000. Kenaikan alokasi dana di bidang kesehatan dianggap sebagai bagian penting dari agenda reformasi kebijakan kesehatan yang berkelanjutan. Agenda tersebut bertujuan menyediakan akses yang lebih baik dan universal untuk layanan kesehatan dasar gratis atau bersubsidi.

Walaupun peningkatannya signifikan, pengeluaran pemerintah pusat belum memenuhi target lima persen pengeluaran wajib untuk sektor kesehatan yang disyaratkan hingga 2016. Meskipun anggaran yang direncanakan memenuhi persyaratan lima persen, realisasinya tidak pernah mencapai angka tersebut. Pemerintah pusat hanya menghabiskan 2,7 persen untuk sektor kesehatan pada 2012, sampai akhirnya angka ini mencapai 5 persen pada 2016. Hal ini terjadi karena adanya transfer BPJS seperti pada gambar 1b.⁸

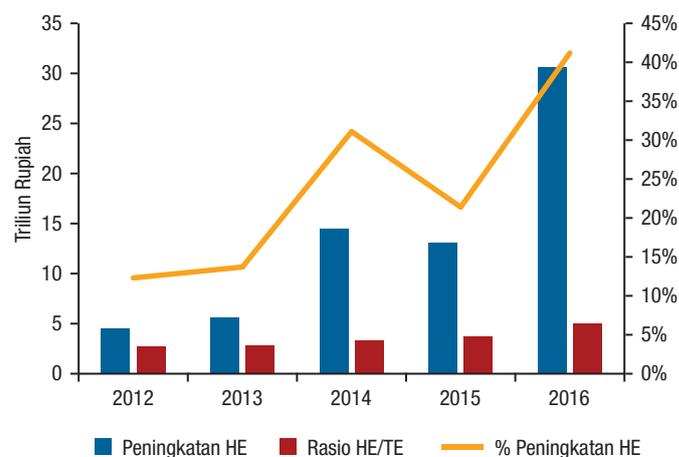
Sejalan dengan gambaran pendanaan nasional, kunjungan pelayan kesehatan ke puskesmas mengalami peningkatan yang signifikan dari seluruh sumber daya yang tersedia selama periode yang sama. Pelayanan kesehatan puskesmas dibiayai

melalui empat sumber pendapatan; 1) APBD kabupaten (gaji dan nongaji); 2) BOK; 3) JKN Kapitasi; 4) JKN nonkapitasi.⁹ Kontribusi dari berbagai sumber pendanaan telah bergeser jauh sejak diperkenalkannya JKN pada 2014, terutama berpindah dari APBD ke JKN kapitasi dan pembiayaan layanan kesehatan primer nonkapitasi. Ketergantungan pada dana JKN kapitasi dan nonkapitasi diharapkan dapat meningkat sebagai akibat dari peningkatan jumlah kapitasi (peserta BPJS). Dari segi jumlah, dana BOK tidak berfluktuasi secara signifikan selama periode studi, meskipun secara proporsional mengalami penurunan dalam hal kontribusi keseluruhan terhadap layanan kesehatan terkait dengan peningkatan sumber daya puskesmas lainnya.¹⁰

Gambar 1a. Perspektif Historis Pembiayaan Kesehatan di Indonesia 2012–2016



Gambar 1b. Tren Pengeluaran Kesehatan di Indonesia 2012–2016



⁸ Total Pengeluaran (TE): Total pengeluaran adalah pengeluaran pemerintah pusat total dinyatakan oleh APBN (APBN) dan pengeluaran kesehatan dinyatakan dalam persentase.

⁹ Puskesmas juga dapat mengklaim pengembalian dana dari apa yang disebut dana JKN nonkapitasi. Ini adalah klaim yang dibuat oleh puskesmas kepada BPJS untuk layanan seperti perawatan rawat inap dan pelayanan persalinan. Jenis pendapatan dianggap sebagai PAD untuk puskesmas dan pada dasarnya cukup fleksibel.

¹⁰ KOMPAK Policy Brief 2016 on Fund Interplay in Public Health Centers (Puskesmas).

Besaran dana kapitasi bulanan JKN ditransfer tiap awal bulan ke puskesmas berdasarkan jumlah penerima manfaat BPJS yang terdaftar di setiap puskesmas. Menurut Peraturan BPJS No. 2/2015, besaran dana kapitasi menggunakan formula tarif kapitasi di mana jumlah dana kapitasi yang diterima puskesmas bervariasi antara 3.000–6.000 rupiah bergantung pada: (i) jenis sumber daya manusia yang tersedia (jumlah dokter); (ii) infrastruktur dan peralatan; (iii) lingkup layanan; dan (iv) komitmen layanan puskesmas. Namun, responden penelitian melaporkan bahwa dalam kenyataan di lapangan, hanya ada dua kriteria yang dinilai yaitu, ketersediaan jumlah tenaga kesehatan, khususnya dokter serta peralatan dan infrastuktur. Hal itu disebabkan karena dua kriteria lainnya pada dasarnya tidak berwujud sehingga terlalu sulit untuk diukur.

Dari total jumlah dana kapitasi JKN yang ditransfer ke puskesmas tiap awal bulan, puskesmas diberi mandat untuk menghabiskan minimal 60 persen untuk membayar insentif staf (jasa pelayanan atau jaspel) untuk tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan.¹¹ Sisa dana kapitasi (maksimum 40 persen) akan dialokasikan untuk pembelian peralatan medis dan alat habis pakai serta obat-obatan yang dilakukan melalui sistem *e-purchasing* dan *e-procurement* berbasis katalog *online*. Dari enam studi kasus yang dianalisis secara mendalam, disimpulkan bahwa seluruhnya (enam puskesmas) mengalokasikan 60 persen dana kapitasi untuk insentif staf dan 40 persen untuk peralatan medis, persediaan farmasi, serta biaya operasional lainnya.

PENINGKATAN BEBAN KERJA DAN TANTANGAN KAPASITAS

Dari wawancara dengan staf puskesmas non-BLUD (Badan Layanan Umum Daerah), sebanyak 80 persen melaporkan peningkatan beban kerja sebanyak dua kali lipat pasca diperkenalkannya program BOK dan JKN. Kedua program memang mensyaratkan tata kelola keuangan yang transparan, akuntabel, dan berbasis daring (*online*). Peningkatan beban kerja ini dialami oleh tenaga lapangan terutama bidan dan perawat, yang terlibat langsung sebagai penanggung jawab kegiatan usaha kesehatan masyarakat (UKM) dan usaha kesehatan perorangan (UKP). Ketiadaan tenaga administrasi dan keuangan memaksa

perawat, bidan atau tenaga kesehatan lainnya mengambil tanggung jawab tambahan. Sayangnya tambahan tanggung jawab ini tidak diikuti dengan peningkatan kapasitas di bidang akuntansi dan teknologi informasi.

Sebagai bagian dari tim pengelola dana BOK, staf puskesmas diminta untuk mengadopsi apa yang disebut manajemen siklus proyek atau pendekatan manajemen berbasis kinerja/output yang meliputi tahapan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, pelaporan, dan evaluasi. Selama pelaksanaan, pemantauan dan pelaporan tahapan kegiatan BOK, penanggung jawab atau koordinator kegiatan harus mengurus masalah-masalah teknis kesehatan, administrasi dan keuangan. Misalnya, karena kurangnya staf administrasi dan keuangan di sebagian besar puskesmas, —dalam melaksanakan tugas promosi dan preventif—petugas kesehatan bertanggung jawab dalam segala hal mulai dari merancang proposal kegiatan dan penganggaran, membuat dan menyebarkan undangan, koordinasi dengan aparat desa, melaksanakan kegiatan, sampai menyelesaikan laporan kegiatan dan laporan keuangan. Jenis kegiatan kerja lapangan atau di luar ruangan biasanya dilakukan delapan kali per bulan. Setelah kembali ke puskesmas, petugas kesehatan biasanya akan menyelesaikan persyaratan pelaporan dan harus memenuhi tanggung jawab kuratif/rehabilitatif di puskesmas. Oleh karena tambahan beban kerja administrasi dan keuangan yang berat, banyak staf puskesmas merasa hanya sedikit waktu yang tersedia untuk melaksanakan kegiatan pelayanan secara paripurna.

Bila dibandingkan dengan APBD dan program BOK, pengelolaan dan pelaporan pengeluaran dana JKN cenderung lebih mudah, padahal kontribusi dana JKN pada puskesmas lebih tinggi dan signifikan dibanding dana BOK. Untuk tujuan perencanaan, jumlah JKN kapitasi bulanan tampaknya relatif mudah untuk diprediksi oleh staf puskesmas terutama karena penggunaan aplikasi berbasis teknologi informasi (TI) *Primary Care* atau *P-care* yang menampilkan informasi *real-time*. Sistem *P-care* kini juga digunakan untuk klaim nonkapitasi, terutama pasien rawat inap dan melahirkan, yang memungkinkan puskesmas untuk mengajukan klaim secara daring dan memungkinkan mereka untuk melacak perkembangan pembayaran.

¹¹ Permenkes 21/2016 memberikan formula mengenai bagaimana menghitung poin insentif staf dan distribusi biaya layanan JKN.



Staf puskesmas merasakan pergeseran proses bisnis dari manual ke sistem berbasis IT untuk kegiatan pengelolaan keuangan, persyaratan pelaporan BOK secara daring, dan sistem JKN P-Care tidak mudah dilaksanakan. Hal ini disebabkan karena seluruh manajemen dan komunikasi data JKN dengan BPJS mengharuskan staf untuk menguasai akuntansi dan internet yang merupakan syarat untuk perencanaan anggaran dan pelaporan dana yang efektif dan akurat.

Dari puskesmas yang dikunjungi, rata-rata setidaknya 80 persen dari pasien puskesmas adalah pengguna BPJS, dan sekitar 80 persen dari pasien ini dibayarkan melalui bantuan pemerintah (Penerima Bantuan Iuran / PBI). Angka-angka ini memberikan indikasi jumlah pasien yang dikelola melalui sistem P-Care dan persyaratan pelaporan secara online lainnya. Hal itu sekaligus indikasi dari beratnya beban kerja yang dikelola staf puskesmas setiap bulannya.

Puskesmas yang berstatus BLUD telah dilengkapi dengan tenaga khusus administrasi dan keuangan. Misalnya, Puskesmas Kesesi 1 di Kabupaten Pekalongan yang mengelola dana kapitasi yang besar (di atas 20.000 peserta) memiliki sembilan petugas administrasi dan keuangan dengan kemampuan akuntansi dan TI yang memadai. Berbeda dengan puskesmas BLUD, seluruh puskesmas non-BLUD yang dikunjungi tidak memiliki tenaga keuangan khusus atau bendahara dengan kualifikasi dan kompetensi teknis di bidang akuntansi dan komputer/TI. Akibatnya tenaga-tenaga kesehatan puskesmas (bidan, perawat, apoteker, tenaga gizi, sanitarian, dan tenaga kesehatan masyarakat) melakukan fungsi sebagai bendahara untuk dana-dana JKN dan BOK selain fungsi administratif lainnya seperti operator P-care dan pendaftaran kunjungan. Dalam hal teknologi informasi, kompetensi staf yang ada kurang optimal. Misalnya di Kabupaten Malang dan Lombok Timur, beberapa puskesmas hanya memiliki satu orang staf

yang benar-benar dapat mengoperasikan komputer. Beberapa puskesmas mengatasi masalah tersebut dengan memanfaatkan tenaga kesehatan (relawan) yang baru lulus untuk mengatasi kekurangan kompetensi di bidang komputer dan TI. Secara umum, kurang dari 20 persen staf yang melaporkan bahwa mereka memiliki cukup pengetahuan terkait TI (komputer dan internet) dan akuntansi.

Saat ini semua pembelian peralatan medis dan obat-obatan dilakukan melalui sistem *e-procurement* dan *e-purchasing* secara daring. Hampir semua staf puskesmas tidak *familiar* atau merasa tidak nyaman dengan metode pengadaan baru ini. Itulah kenapa kapasitas penyerapan untuk anggaran operasional (40 %) dari dana JKN cukup rendah.

Selain tantangan yang berkaitan dengan kompetensi TI, masalah lain adalah ketersediaan akses dan infrastruktur internet yang belum memadai. Mayoritas puskesmas di pedesaan di kabupaten-kabupaten Pangkajene, Bantaeng, Lombok Timur, Lombok Utara, Aceh Barat, dan Biruen sangat tergantung pada penyedia jaringan seluler seperti Telkomsel dan Indosat untuk mendapatkan koneksi

internet. Namun, selain mahal, solusi ini tidak dapat diandalkan karena jaringan internet lambat sehingga menghambat proses *input* data ke dalam aplikasi *P-Care*. Akibatnya staf seringkali melakukan perjalanan ke pusat kota untuk memperbarui data dan menyampaikan laporan secara daring.

Sebagian besar dinas kesehatan tidak mengalokasikan anggaran untuk program pelatihan dan program pengembangan staf puskesmas. Misalnya di Aceh Barat, pelatihan staf terakhir dilaksanakan pada 2015 tentang aset dan pengelolaan obat-obatan. Mayoritas pihak yang diwawancarai di Kabupaten Aceh Barat menyatakan bahwa BPJS melakukan pelatihan selama dua hari untuk pengelolaan dana JKN pada 2014. Sayangnya hal itu tidak diikuti pelatihan lanjutan maupun pendampingan terkait dengan pengelolaan dana JKN. Walaupun beberapa dinas kesehatan telah secara aktif mengundang lembaga audit pemerintah (BPKP) sebagai narasumber pada workshop pelaporan dan sistem audit, staf-staf puskesmas melaporkan kurangnya dukungan berupa fasilitasi aktif atau pelatihan yang diberikan oleh dinas kesehatan seperti yang digambarkan oleh Kepala Tata Usaha Puskesmas Keparanjen.¹²



¹² FGD dengan staf Puskesmas Keparanjen, 28 Oktober 2015.

“Tidak mudah untuk melakukan tugas-tugas baru ini. Ketika ada masalah teknis dengan perangkat lunak komputer, kami tidak tahu di mana untuk mendapatkan dukungan dan jawaban segera. Bahkan staf dari Puskesmas Pujon di Kecamatan Pujon telah menghubungi saya berkali-kali untuk mendiskusikan isu-isu teknis P-Care terkait dengan kendala komputer dan internet. Kami memang tidak mendapatkan bantuan teknis secara reguler dari dinas kesehatan, tapi kadang-kadang ketika kami meminta, mereka mungkin dapat membantu memecahkan masalah terkait internet dan akuntansi” (Puskesmas Kepanjen, Kabupaten Malang).

Mekanisme pendanaan baru untuk program BOK dan JKN jelas telah meningkatkan beban kerja staf puskesmas secara keseluruhan. Begitu juga dengan kurangnya kompetensi di bidang akuntansi, komputer / TI dan keterampilan lainnya dalam manajemen organisasi puskesmas non-BLUD—yang ditambah dengan ketidakcukupan infrastruktur TI—telah berkontribusi terhadap rendahnya efisiensi dalam pengelolaan keuangan dan tugas-tugas administrasi.

Tugas-tugas administrasi di seluruh puskesmas non-BLUD dilakukan oleh tenaga kesehatan reguler. Akibatnya tenaga kesehatan reguler tersebut kehilangan waktu dan fokus dalam menjalankan fungsi-fungsi utama pelayanan kesehatan. Lebih jauh, sebagai hasil dari kurangnya kompetensi akuntansi dan TI, beberapa kasus mal-administrasi ditemukan oleh auditor kabupaten seperti yang terjadi pada beberapa puskesmas di Lombok Timur. Salah satu Kepala Puskesmas di Lombok Timur menyatakan bahwa kasus mal-administrasi disebabkan oleh staf kesehatan yang merangkap menjadi bendahara memiliki pengetahuan yang terbatas di bidang akuntansi dan sistem entri data, yang memungkinkan sering terjadinya mal-administrasi. ‘Bendahara’ dana BOK dan JKN di Aceh, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan mengatakan, apabila diberikan pilihan, mereka akan menolak untuk menjadi bendahara. Selain karena tidak memiliki kompetensi yang diperlukan, juga menciptakan beban kerja ganda dengan insentif yang sangat kecil sekitar Rp100.000 per bulan.¹³

PENINGKATAN PENDAPATAN: INSENTIF ATAU DISINSENTIF?

Ada tiga macam sumber pendapatan bagi staf Puskesmas, a) gaji untuk staf permanen (PNS) dan staf nonpermanen berdasarkan kontrak (PTT dan honorer daerah), b) Tunjangan kinerja daerah (TKD) hanya untuk PNS, dan c) biaya jasa pelayanan (jaspel) untuk PNS dan staf kontrak. Setelah pelaksanaan pembiayaan kapitasi JKN diterapkan puskesmas di awal 2014, semua staf puskesmas yang diwawancarai mengungkapkan kepuasannya karena pendapatan mereka meningkat akibat dari penerapan distribusi insentif dana jasa pelayanan JKN kepada tenaga kesehatan dan nonkesehatan puskesmas. Berdasarkan Permenkes 19/2014, yang kemudian direvisi dengan Permenkes 21/2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi, minimal 60 persen dana kapitasi dialokasikan sebagai insentif atau imbalan jasa yang dibayarkan kepada staf puskesmas berdasarkan tiga kriteria utama: tingkat jabatan/latar belakang pendidikan; kehadiran; dan variabel lokal (senioritas, beban kerja, dan kinerja).

Penghitungan dan distribusi biaya jaspel agak rumit serta berkesan dikompromikan. Hal itu disebabkan beberapa hal yakni kriteria regulasi dan kinerja yang cukup kompleks serta sebagian besar puskesmas tidak memiliki staf khusus untuk manajemen sumber daya manusia. Tanpa adanya staf yang berdedikasi dalam memantau kinerja, kehadiran, dan beban kerja staf, perhitungan dan keputusan yang dibuat tentang berapa banyak anggota staf yang akan menerima dana jasa pelayanan sering kurang transparan. Penetapan jumlah akhir pendapatan seseorang seringkali hanya diketahui oleh mereka yang mengontrol akses ke dana JKN, dalam hal ini kepala puskesmas dan bendahara JKN. Kurangnya pengawasan dan mekanisme kontrol di area ini dapat membuka celah adanya korupsi.

Pembayaran insentif untuk para staf secara substansial bervariasi menurut jenis profesi dan lokasi puskesmas seperti yang ditunjukkan pada Gambar 2.¹⁴ Terdapat perbedaan yang signifikan dalam pembayaran rata-rata insentif antarstaf dalam satu puskesmas dan antarstaf dari puskesmas yang berbeda.

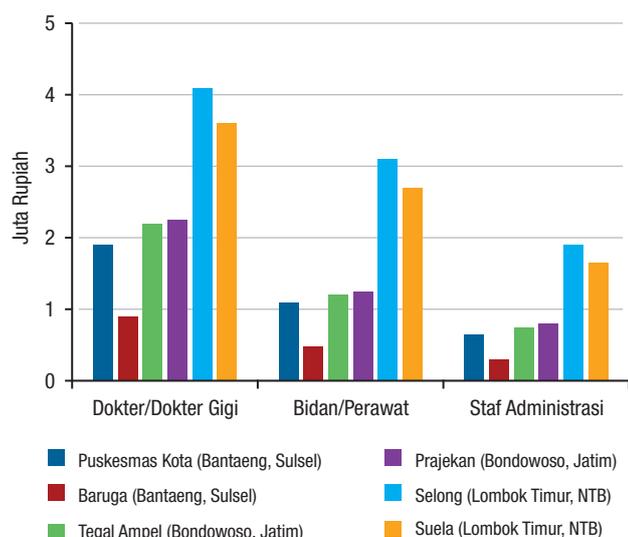
¹³ Berdasarkan informasi yang didapat tahun 2017, staf yang merangkap menjadi bendahara menerima insentif antara 250.000-300.000, tetap saja masih dirasakan tidak seimbang dengan beban kerja yang diberikan.

¹⁴ Pembayaran imbalan atau insentif dari dana jasa pelayanan ini menggunakan asumsi: a) latar belakang pendidikan S1, masa bakti minimal 5 tahun.

Secara rata-rata, di luar gaji, dokter dan dokter gigi menerima insentif jaspel sekitar Rp2,5 juta, bidan dan perawat (Rp1,6 juta) dan staf administrasi (Rp900 ribu). Dokter dan dokter gigi menerima insentif 1,6 kali lebih banyak dari perawat dan bidan, dan 2,8 kali lebih banyak dari staf administrasi. Namun, terjadi variasi pembayaran insentif bagi staf berposisi sama di enam lokasi puskesmas. Sebagai contoh, dokter dan dokter gigi di Puskesmas Selong menerima insentif tertinggi (Rp4,1 juta) yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari insentif diberikan kepada dokter dan dokter gigi di Puskesmas Baruga (Rp900 ribu). Demikian pula, bidan dan perawat di Puskesmas Selong menerima insentif tertinggi (Rp3,1 juta) yang 2,8 kali lebih tinggi dari insentif rata-rata yang dibayarkan untuk bidan dan perawat di lima puskesmas lainnya. Perbedaan besaran insentif ini bisa terjadi karena setiap puskesmas mengelola jumlah dana JKN yang juga berbeda-beda.

Untuk daerah Lombok Timur, meskipun sebuah puskesmas memiliki kapitasi yang besar (peserta BPJS di atas 20.000), oleh karena terbatasnya fasilitas dan jumlah tenaga medis yang dimiliki, dana JKN/kapitasi yang diterima puskesmas tidak besar yakni berkisar antara 3.000–5.000 rupiah per kapitasi. Konsekuensinya, tenaga kesehatan dan nonkesehatan di puskesmas tersebut menerima jumlah imbalan jaspel lebih kecil dibandingkan dengan puskesmas dengan tenaga medis lengkap (minimal 2 dokter dan 1 dokter gigi) dan fasilitas yang lengkap (rawat kamar dengan AC, ruang tunggu yang nyaman, dll).

Gambar 2. Rata-Rata Pembayaran Insentif Berdasarkan Pekerjaan Staf di Enam Puskesmas (per bulan)



Sistem insentif baru dengan dana kapitasi JKN untuk staf puskesmas diakui hampir seluruh staf dinas kesehatan sebagai sistem yang baik untuk meningkatkan kinerja staf, dengan harapan bisa memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik kepada masyarakat. Namun, sebagian besar staf dinas kesehatan masih mempertanyakan korelasi positif antara peningkatan pendapatan staf terhadap kinerja pelayanan puskesmas secara keseluruhan. Menurut kedua kepala puskesmas dan staf dinas kesehatan yang diwawancarai, kedisiplinan staf meningkat dalam hal kehadiran dan keterlibatan dalam kegiatan puskesmas. Namun, masih terdapat banyak keraguan soal perbaikan kinerja secara konkret.

Hal lainnya, peningkatan pembayaran insentif untuk staf puskesmas juga memiliki konsekuensi yang tidak diinginkan yakni kecemburuan ekonomi. Beberapa kepala dinas secara terbuka mengkritik penerapan rumusan insentif biaya layanan bagi staf puskesmas. Kepala Dinas Kesehatan Pematang dan Bantaeng mengatakan bahwa peningkatan pendapatan yang signifikan yang diterima oleh staf puskesmas dapat mengurangi motivasi PNS di instansi lain, terutama di dinas kesehatan. Seperti pertanyaan dari staf yang diwawancara berikut:

“Mengapa staf dinas kesehatan yang mengawasi staf puskesmas dan memiliki tugas dan tanggung jawab yang lebih besar dalam mengelola program kesehatan di kabupaten menerima pendapatan lebih kecil dari staf puskesmas?”

Kepala Dinas Kesehatan

Selain itu, anggota staf dari dinas kesehatan di Aceh Barat mengeluh bahwa setelah pelaksanaan JKN, staf puskesmas menjadi sombong dan kurang bersedia mengikuti instruksi dari dinas:

“Dalam beberapa hal, mereka tidak lagi melihat kami penting seperti dulu. Di Aceh, kami menyebutnya ‘peng keu nempeu ke’ (yang secara harfiah berarti ‘benar atau salah adalah uang saya’), karena mereka sekarang dapat mengelola dana puskesmas sesuai dengan yang mereka inginkan”

Anggota Staf Dinas Kesehatan



Kecemburuan tidak hanya berasal dari PNS tenaga kesehatan dan PNS umum di lembaga pemerintah lain, tetapi juga antar tenaga kesehatan dalam puskesmas, misalnya staf nonmedis terhadap staf medis serta antara pegawai kontrak dengan pegawai tetap. Fenomena kecemburuan tersebut ternyata terjadi di puskesmas seluruh Indonesia, seperti ditegaskan oleh tenaga kesehatan di luar sampel kabupaten yang melaporkan melalui www.laporpresiden.go.id, bahwa terjadi distribusi biaya jaspel yang tidak adil di antara puskesmas.¹⁵

Hasil temuan ini menunjukkan skenario yang akan terjadi bila kejadian dalam pelayanan kesehatan dibiarkan terulang. Misalnya, insentif untuk meningkatkan kinerja staf di tempat-tempat tertentu dapat menjadi disinsentif di tempat lain:

1) Seperti yang dikatakan oleh staf yang diwawancarai untuk penelitian ini, ia meminta dipindahkan ke puskesmas yang memiliki pendapatan yang lebih tinggi, untuk mendapatkan insentif yang lebih tinggi. Itu disebabkan karena formula yang digunakan lebih menguntungkan daerah perkotaan dengan jumlah penduduk yang lebih tinggi dan besarnya potensi peserta yang membayar JKN. Hal ini akan menambah

masalah saat mempertahankan staf yang berkualitas di daerah pedesaan;

- 2) Puskesmas dengan jumlah peserta BPJS yang sedikit memiliki insentif pembayaran yang rendah dibanding puskesmas dengan jumlah peserta yang banyak, walaupun jumlah pasiennya hampir sama besar. Ini akan menimbulkan demotivasi pada staf dan akan lebih memberikan disinsentif daripada insentif pada puskesmas dalam memberikan layanan berkualitas tinggi;
- 3) Meningkatnya kecemburuan ekonomi—antara staf puskesmas dan dinas kesehatan/ unit pelayanan lainnya, antarstaf dalam puskesmas maupun antara staf di berbagai puskesmas—tanpa disadari dapat mengganggu efisiensi dan efektivitas layanan kesehatan secara keseluruhan.

Mengingat tren puskesmas saat ini bergantung pada dana kapitasi—yang jumlahnya terus meningkat untuk semua atau setidaknya beberapa puskesmas—potensi ketidakadilan antara puskesmas harus ditindaklanjuti dengan penelitian lanjutan. Pengumpulan data lebih banyak dan analisis lanjutan memungkinkan pembuat kebijakan menyesuaikan strategi layanan jika diperlukan.

¹⁵ <https://www.laporpresiden.id/767/usulan-pemberian-kapitasi-bpjs-untuk-tenaga-kesehatan>.

PENINGKATAN JUMLAH RELAWAN TENAGA KESEHATAN

Undang-Undang 36/2014 tentang Tenaga Kesehatan mendefinisikan tiga jenis status hukum tenaga kesehatan; 1) pegawai negeri sipil (PNS), 2) staf berdasarkan kontrak (PTT), dan 3) penugasan khusus. Sayangnya, peraturan tersebut tidak menggambarkan mekanisme kontrak bagi sukarelawan tenaga kesehatan.

Walaupun status hukumnya tidak diakui, relawan tenaga kesehatan masih tetap direkrut oleh puskesmas di seluruh Indonesia. Berdasarkan laporan yang dibuat oleh responden, tampaknya jumlah relawan tenaga kesehatan terus meningkat setelah pelaksanaan sistem dana kapitasi JKN karena puskesmas memiliki otonomi lebih besar dalam mengelola dana kapitasi. Sehingga diskresi kepala puskesmas atau kepala dinas dalam merekrut staf menggunakan modalitas relawan sering digunakan.

Sebelum para relawan tenaga kesehatan dapat secara resmi bekerja di puskesmas, mereka harus menandatangani surat pernyataan yang menyatakan tidak akan meminta gaji atau pembayaran dari jaspel, dan puskesmas tidak memiliki kewajiban untuk membayar para relawan. Dengan demikian, para relawan sadar bahwa mereka akan bekerja secara gratis dan jika mereka akan menerima beberapa jenis kompensasi itu biasanya berkisar antara Rp100.000–Rp200.000 per bulan. Data kunjungan ke puskesmas menunjukkan, sumber pendanaan untuk membayar biaya kompensasi berasal dari sumbangan individu dari alokasi pemasukan imbalan jaspel setiap staf, oleh karena itu tidak akan ditampilkan dalam laporan keuangan resmi. Staf melaporkan bahwa setiap PNS atau staf kontrak yang menerima biaya jaspel harus memberikan kontribusi kepada para relawan yang sebenarnya bukan hal yang lazim:

“Semakin banyak relawan yang direkrut, semakin berkurang insentif jaspel yang kami terima (PNS dan staf kontrak)”

Kepala puskesmas di Bondowoso

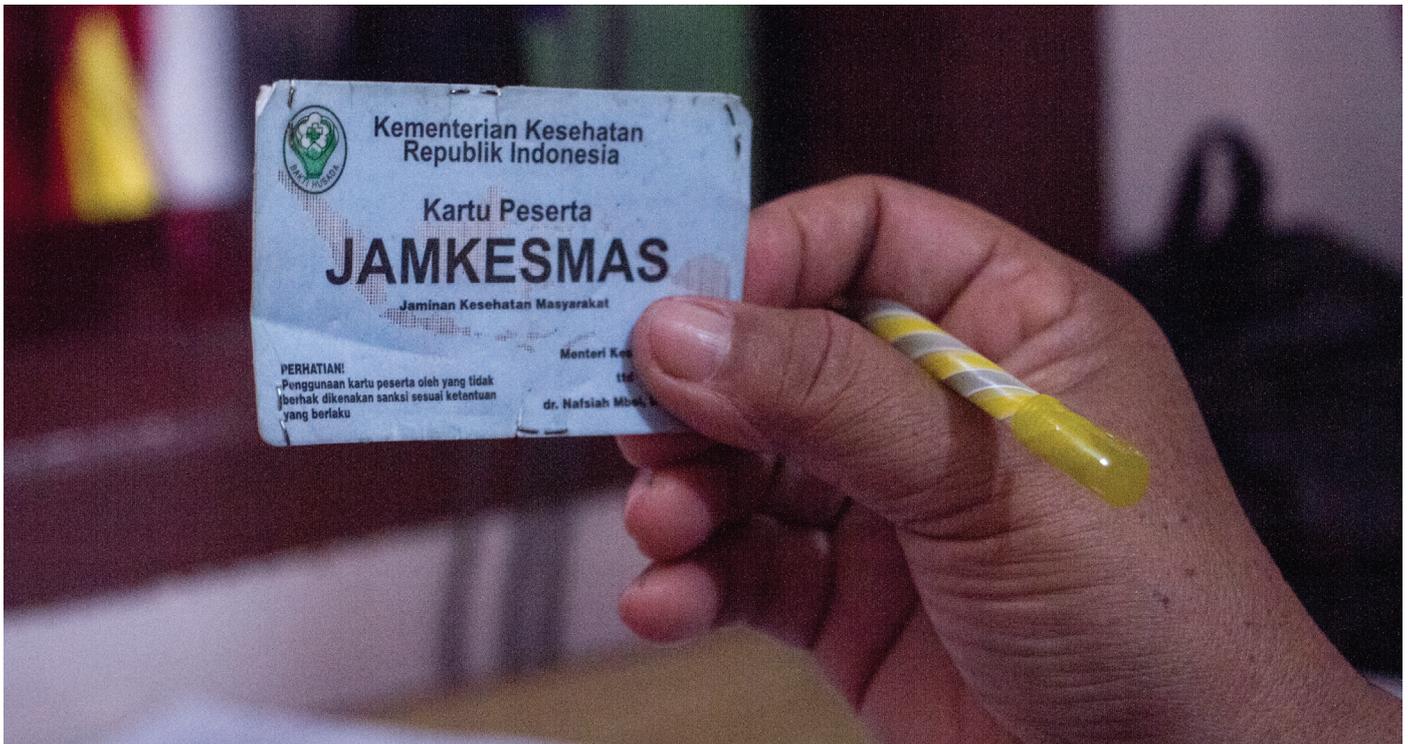
Akibatnya, beberapa puskesmas di Jawa telah menolak untuk menambahkan relawan tenaga kesehatan dengan alasan ekonomis.

Di beberapa puskesmas di Sulawesi Selatan, NTB, dan Aceh, jumlah relawan sedikitnya berjumlah 50 persen dari total personel puskesmas. Rasio relawan yang lebih tinggi dibandingkan dengan staf tetap dan kontrak sering terjadi di luar Jawa. Puskesmas yang diamati di Aceh Barat, Lombok Timur, Bantaeng, dan Pangkep masing-masing memiliki lebih dari 20 tenaga relawan, sedangkan Puskesmas Bantimala di daerah pegunungan di Pangkajene memiliki 31 relawan. Untuk puskesmas di Jawa, dari dua puskesmas yang diamati di Bondowoso, masih ada delapan tenaga relawan yang bekerja untuk Puskesmas Tegalampel dan enam untuk Puskesmas Prajekan, sementara Puskesmas Banjardawa di Pemalang memiliki 12 relawan bidan.

Ada dua alasan yang digunakan sebagai justifikasi kebutuhan dalam merekrut relawan di puskesmas. Pertama, justifikasi profesional, yakni puskesmas kekurangan tenaga kesehatan untuk profesi tertentu seperti apoteker, analis lab, sanitarian, tenaga gizi, serta tenaga kesehatan yang dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan TI. Kebetulan hampir semua lulusan baru yang direkrut memiliki kemampuan TI. Kedua, ada ‘alasan’ yang lebih manusiawi. Setiap bulan, puskesmas dan dinas kesehatan menerima surat lamaran kerja dari tenaga kesehatan lulusan baru. Beberapa pelamar dapat diakomodasi sebagai relawan oleh puskesmas, tetapi banyak yang ditolak. Tampaknya ada tekanan sosial untuk mengakomodasi para lulusan baru atau pengangguran lokal di desa-desa sekitar puskesmas. Begitu juga dengan tekanan politik dari kerabat pejabat di kabupaten yang terus mengirim lamaran kerja ke puskesmas dan dinas kesehatan.

Tahun lalu, staf dinas kesehatan di Lombok Utara dan Lombok Timur mengakui bahwa mereka kewalahan dengan jumlah surat lamaran setiap bulan. Temuan di NTB, Sulawesi Selatan, dan Aceh mengungkapkan bahwa mungkin ada kelebihan ketersediaan tenaga kesehatan lulusan baru, terutama bidan dan perawat. Studi ini mencatat bahwa kelebihan ketersediaan lulusan baru tenaga kesehatan di beberapa kabupaten di NTB dan Aceh terus bertambah sejak bertambahnya kampus-kampus lokal yang memiliki jurusan kesehatan dalam beberapa tahun terakhir ini.

Dari perspektif relawan, tampaknya ada dua motivasi utama di balik pilihan mereka untuk bekerja secara sukarela. Pertama, lulusan baru biasanya ingin bekerja dan mendapatkan



pengalaman praktis karena pengalaman relawan tersebut dapat memberikan peluang atau manfaat apabila mereka ingin menjadi PNS di masa depan. Kedua, relawan menerima tugas sukarela sambil menunggu diberlakukannya peraturan pemerintah baru pada staf nonpermanen dengan dasar kontrak pemerintah atau Peraturan Pemerintah (PP) tentang Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK). Mereka mengharapkan bahwa peraturan ini secara otomatis akan mengubah status hukum mereka dari sukarela menjadi PPPK, meski sebenarnya rancangan peraturan pemerintah tersebut menyatakan bahwa untuk menjadi PPPK, pelamar harus mengikuti tahapan seleksi dan tes terlebih dahulu.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Sejauh ini, puskesmas telah mencoba untuk mengikuti mandat, prosedur, dan peraturan mengenai BOK dan JKN. Walaupun ada masalah terkait kurangnya kapasitas staf dan tidak adanya pelatihan-pelatihan peningkatan kapasitas, sebenarnya puskesmas telah mengalami beberapa kemajuan. Namun kepatuhan terhadap regulasi tidaklah cukup untuk menjalankan dan mencapai sasaran program prioritas kesehatan nasional. Oleh karena itu, permasalahan yang berhasil diidentifikasi dianjurkan untuk ditinjau dan dibahas lebih lanjut oleh pemerintah pusat atau daerah. Sejauh ini, puskesmas telah mencoba untuk mengikuti mandat, prosedur, dan peraturan mengenai BOK

dan JKN. Walaupun ada masalah terkait kurangnya kapasitas staf dan tidak adanya pelatihan-pelatihan peningkatan kapasitas, sebenarnya puskesmas telah mengalami beberapa kemajuan. Namun kepatuhan terhadap regulasi tidaklah cukup untuk menjalankan dan mencapai sasaran program prioritas kesehatan nasional. Oleh karena itu, permasalahan yang berhasil diidentifikasi dianjurkan untuk ditinjau dan dibahas lebih lanjut oleh pemerintah pusat atau daerah. Berdasarkan data sampel yang dianalisis untuk penelitian ini dan pendapat yang diberikan oleh staf puskesmas dan dinas yang diwawancarai, rekomendasi berikut mungkin menjadi titik awal untuk dipertimbangkan:

- Mengenai isu peningkatan beban kerja dalam pelaksanaan program BOK dan JKN, solusinya adalah dengan merekrut staf keuangan khusus dan/atau asisten administrasi dengan kualifikasi dan kompetensi di bidang akuntansi dan TI/komputer. Staf tersebut berguna untuk membantu penyerapan dana dan perbaikan pelaporan di setiap puskesmas. Hal ini mungkin tidak menjadi pilihan karena alasan anggaran, setidaknya, dibutuhkan pelatihan intensif dan mentoring bagi staf yang ada di daerah-daerah pedesaan tertentu. Oleh karena itu, disarankan agar analisis kebutuhan pelatihan dimasukkan ke dalam proses perencanaan program dan anggaran dinas. Begitu juga dengan anggaran peningkatan kapasitas.



- Pembangunan infrastruktur TI di daerah pedesaan belum berjalan baik dan merupakan tantangan yang cukup rumit di banyak daerah. Untuk mengatasi hal tersebut provider layanan lokal seperti Telkom, Telkomsel, dan Indosat serta provider internet berbasis satelit perlu diundang secara resmi oleh pemerintah daerah untuk membahas bagaimana

memecahkan masalah koneksi internet lokal di puskesmas daerah pedesaan. Jika tidak diselesaikan, staf puskesmas akan terus mengoperasikan sistem berbasis TI yang tidak efisien dan beban kerja administrasi tidak mendapatkan manfaat dari solusi teknologi modern dan fasilitas pendukungnya.

- Peningkatan pembayaran insentif menyebabkan kecemburuan ekonomi di antara staf di sektor kesehatan. Ungkapan kecemburuan tampaknya muncul antara staf dinas kesehatan dengan staf puskesmas, antara staf dari puskesmas yang berbeda, dan antarstaf di dalam puskesmas. Persepsi umum yang berkembang adalah konsekuensi dari sistem menimbulkan persepsi ketidakadilan. Oleh karena itu, kajian khusus terhadap distribusi imbalan jasa pelayanan (jaspel) JKN sejak awal pelaksanaan kapitasi dana JKN pada tahun 2014 beserta konsekuensinya sangat dibutuhkan.
- Yang terakhir, meningkatnya jumlah relawan tenaga kesehatan puskesmas terutama di kabupaten-kabupaten di luar pulau Jawa perlu dipertimbangkan secara serius oleh pemerintah daerah. Apabila tidak ada tindakan yang diambil, jumlah ini akan terus bertambah dan dapat menyebabkan kelebihan ketersediaan tenaga bidan dan perawat yang begitu eksplosif. Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah, dinas terkait dan kampus harus meninjau kembali dan mencocokkan antara kebutuhan dan permintaan aktual atas bidan dan perawat dengan penerimaan aktual tahunan dan jumlah kelulusan di tiap daerah.

Analisis ini disusun oleh Tim Ahli KOMPAK: Muhammad Syahril Sangaji.

KOMPAK

Jalan Diponegoro No. 72, Jakarta 10320 Indonesia

T: +62 21 8067 5000 F: +62 21 3190 3090

E: info@kompak.or.id

www.kompak.or.id