

UJIAN PROMOSI DOKTOR

**PENGEMBANGAN MODEL KONSEPTUAL MANAJEMEN ALIH
TUGAS (TASK SHIFTING) SUMBER DAYA MANUSIA SEBAGAI
KADER KESEHATAN UNTUK MENJAMIN KESINAMBUNGAN
PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA
Studi Kasus pada Rumah Sakit Apung
di Daerah Terpencil, Perbatasan, Dan Kepulauan**

Sebagai Syarat untuk Memperoleh
Gelar Doktor pada Program Doktor Ilmu Manajemen
Pascasarjana Universitas Pasundan



Oleh :

FUSHEN

NPM : 169010024

**PROGRAM DOKTOR ILMU MANAJEMEN
PASCASARJANA UNIVERSITAS PASUNDAN
BANDUNG**

2021

**LEMBAR PERSETUJUAN
KOMISI PEMBIMBING**

Disusun oleh Mahasiswa :

Nama : Fushen

NPM : 169010024

Judul : **PENGEMBANGAN MODEL KONSEPTUAL MANAJEMEN ALIH TUGAS (TASK SHIFTING) SUMBER DAYA MANUSIA SEBAGAI KADER KESEHATAN UNTUK MENJAMIN KESINAMBUNGAN PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA (Studi Kasus pada Rumah Sakit Apung di Daerah Terpencil, Perbatasan, Dan Kepulauan)**

Telah diterima sebagai syarat untuk mengikuti Ujian Promosi Doktor pada Program Doktor Ilmu Manajemen Pascasarjana Universitas Pasundan, Bandung.

Menyetujui,

Nama	Tanda Tangan	Tanggal
1. <u>Prof. Dr. Ir. Iman Sudirman, DEA</u> <i>Promotor</i>	_____	_____
2. <u>Dr. H. Yusuf Arifin, S.Si, MM</u> <i>Co. Promotor</i>	_____	_____

LEMBAR PENGESAHAN
PANITIA PENILAI UJIAN DISERTASI

Dengan ini Panitia Penilai Ujian Disertasi Program Doktor Ilmu Manajemen Pascasarjana Universitas Pasundan menyetujui naskah Ujian Disertasi atas nama dan judul sesuai dengan yang tercantum pada halaman judul untuk diuji pada :

Ujian Promosi Doktor

Mengetahui :

Nama	Tanda Tangan	Tanggal
1. <u>Prof. Dr. H.M. Didi Turmudzi, M.Si.</u> Direktur Pascasarjana (Sebagai Ketua Panitia)	_____	_____
2. <u>Prof. Dr. H. Azhar Affandi, SE., M.Sc.</u> Ketua Program Doktor Ilmu Manajemen (Sebagai Sekretaris Panitia)	_____	_____

ABSTRAK

Fushen, Pengembangan Model Konseptual Manajemen Alih Tugas (*Task Shifting*) Sumber Daya Manusia Sebagai Kader Kesehatan Untuk Menjamin Kestinambungan Pelayanan Kesehatan Di Indonesia; Studi Kasus pada Rumah Sakit Apung di Daerah Terpencil, Perbatasan, Dan Kepulauan, di bawah bimbingan Prof. Dr. Ir. Iman Sudirman, DEA sebagai promotor, dan Dr. H. Yusuf Arifin, S.Si, MM sebagai Co-Promotor.

Minimnya akses dan disparitas pelayanan kesehatan di berbagai wilayah di Indonesia menjadi salah satu masalah terbesar di bidang kesehatan khususnya di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Masyarakat di beberapa wilayah DTPK di Indonesia berinisiatif membuat berbagai pelayanan kesehatan yang disesuaikan dengan kondisi setempat, salah satunya rumah sakit apung. Dalam pelaksanaannya rumah sakit apung menghadapi permasalahan manajemen sumber daya manusia (SDM) baik dalam hal jumlah maupun kompetensi yang berpotensi untuk diatasi dengan melakukan alih tugas.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran yang menyeluruh, mengkaji, serta menganalisis manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung, mengetahui kendala yang dijumpai, menghasilkan formulasi variabel yang perlu dipertimbangkan, dan mengembangkan model alih tugas yang sesuai.

Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dan pengembangan model konseptual dengan *soft system methodology*. Perumusan model ditujukan untuk menyusun suatu sistem yang merepresentasikan dunia nyata dan dapat digunakan sebagai pengambilan keputusan. Dalam prosesnya dilakukan pengumpulan data, analisis, pengembangan model konseptual, serta validasi model tersebut kepada narasumber ahli.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa saat ini sudah ada kerangka prinsip manajemen alih tugas SDM yang dilaksanakan terkait pelayanan kesehatan di rumah sakit apung, tetapi kerangka konsep tersebut belum dapat diimplementasikan secara sistematis. Kendala yang dijumpai berupa kurangnya regulasi terkait pelaksanaan alih tugas SDM di bidang kesehatan serta belum adanya model manajemen alih tugas SDM di rumah sakit apung. Dalam penelitian ini diidentifikasi variabel-variabel kunci yang dikembangkan menjadi model konseptual manajemen alih tugas SDM yang komprehensif.

Kata Kunci : Manajemen Alih Tugas, Rumah Sakit Apung

ABSTRACT

Fushen, Development of Task Shifting Conceptual Model for Health Cadres to Ensure the Sustainability of Health Services in Indonesia; Case Studies on Floating Hospitals in Remote, Border, and Outer Island Areas, under the guidance of Prof. Dr. Ir. Iman Sudirman, DEA as promoter, and Dr. H. Yusuf Arifin, S.Si, MM as Co-Promoter.

The lack of access and disparity of health services in various regions in Indonesia is one of the biggest problems in the health sector, especially in Remote, Border and Outer Island (RBOI) Areas. Communities in several RBOI areas in Indonesia have taken the initiative to make various health services tailored to local conditions, one of which is a floating hospital. In its implementation, floating hospitals face human resource (HR) management problems both in terms of quantity and competencies that have the potential to be overcome by task shifting.

This study aims to determine a comprehensive condition, examine, and analyze the management model of HR task shifting for health cadres in floating hospitals, find out the obstacles encountered, produce variable formulations that need to be considered, and develop an appropriate task shifting model.

This is a qualitative research and conceptual model development with soft system methodology. The formulation of the model is intended to construct a system that represents the real world and can be used as decision making. In the process, data collection, analysis, conceptual model development, and model validation were reviewed by experts.

The results showed that currently there is a task shifting framework that are carried out related to health services in floating hospitals, but the framework has not been implemented systematically. Constraints in implementing the task shifting in floating hospitals are the lack of regulations related to the implementation of HR task shifting in the health sector and the absence of model for task shifting in floating hospitals. In this study, key variables were identified which were developed into a comprehensive conceptual model of task shifting management.

Keywords : Task Shifting, Floating Hospital

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan YME. Karena berkat, Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga naskah seminar hasil penelitian ini dapat diselesaikan.

Selanjutnya perkenankanlah penulis untuk menyampaikan penghargaan dan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada tim promotor **Prof. Dr. Ir. Iman Sudirman, DEA** selaku Ketua Tim Promotor, dan **Dr. H. Yusuf Arifin, S.Si, MM** selaku Co- Promotor, yang telah memberikan dukungan dan bantuan berupa pemikiran, bimbingan, dan motivasi dengan penuh kesabaran dan pengertiannya.

Penyelesaian naskah seminar hasil penelitian ini tidak terlepas dari bantuan peran serta berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung khususnya kepada :

1. Prof. Dr. Ir. H. Eddy Jusuf Sp, M.Si., M.Kom. sebagai Rektor Universitas Pasundan.
2. Prof. Dr. H.M. Didi Turmudzi, M.Si. sebagai Direktur Program Pascasarjana Universitas Pasundan.
3. Prof. Dr. H. Azhar Affandi, SE., M.Sc. sebagai Ketua Program Doktor Ilmu Manajemen Universitas Pasundan dan Penguji yang telah membina penulis selama studi Program Doktor Ilmu Manajemen.

4. Prof. Dr. H.M. Sidik Priadana, MS. sebagai Sekretaris Program Doktor Ilmu Manajemen Universitas Pasundan dan Penguji yang telah membina penulis selama studi Program Doktor Ilmu Manajemen.
5. Dr. Yuce Sariningsih, M.Si, sebagai Penguji yang telah membina penulis selama studi Program Doktor Ilmu Manajemen.
6. Kepada para narasumber, khususnya rekan – rekan dari Yayasan Dokter Peduli, Prof. Dr. PM Budi Haryono, M.M., M.B.A, dr. Stephanie, dan dr. Benyamin Sihombing, MPH, yang telah memberikan sumbangsih besar dalam penelitian ini.
7. Kepada guru dan dosen pada jenjang sebelumnya baik dari pendidikan tingkat dasar, menengah, maupun pendidikan tinggi. Ilmu dan pesan moral yang disampaikan senantiasa membimbing setiap langkah dalam menjalani pendidikan S3 yang merupakan strata pendidikan tertinggi di bidang akademik.
8. Kepada seluruh Dosen dan Staf Program Pascasarjana, Program Doktor Ilmu Manajemen Universitas Pasundan, Pimpinan, Dosen dan Staf Universitas Kristen Krida Wacana, Dosen dan Staf Akademi Kesehatan Swakarsa, Pimpinan dan Staf Rumah Sakit UKRIDA beserta jejaringnya, serta pihak-pihak lainnya yang membantu dalam penulisan seminar usulan penelitian, penulis ucapkan banyak terima kasih.
9. Kepada dr. Lianda Tamara, Sp.A, istri tercinta dan Leonard Pramudya Ongko, anak tercinta, yang senantiasa mendukung dengan berbagai

pengorbanan yang tidak henti – hentinya. Karya ini tidak akan terwujud tanpa cinta kasih yang tulus dari keluarga tercinta.

10. Kepada Alm. Ongko Warsito, papa yang senantiasa mendorong setiap anaknya untuk belajar dan menempuh pendidikan setinggi – tingginya.

11. Kepada keluarga besar baik mama, mertua, serta saudara-saudara kandung yang juga turut memberi motivasi dan memicu setiap langkah dalam menyelesaikan usulan penelitian ini.

12. Kepada setiap pasien dan masyarakat yang menjadi sumber inspirasi dan panggilan untuk membaktikan diri bagi kemanusiaan.

Penulis menyadari bahwa naskah disertasi ini masih terdapat kekurangan yang senantiasa perlu disempurnakan dalam melaksanakan tugas penelitian ini, untuk itu penulis menyampaikan permohonan maaf. Demi penyempurnaan naskah seminar usulan penelitian ini, penulis berharap dengan segala kerendahan hati, saran dan pendapat dari tim penguji.

Bandung, Maret 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Penelitian	1
1.2. Fokus Penelitian	46
1.3. Rumusan Masalah	47
1.4. Tujuan Penelitian	47
1.5. Manfaat Penelitian	48
BAB 2 KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, PROPOSISI	50
2.1. Kajian Pustaka	50
2.1.1. Teori Manajemen	50
2.1.1.1. Teori Organisasi	57
2.1.2. Teori Manajemen Sumber Daya Manusia	60
2.1.2.1. Teori Perilaku Organisasi	79
2.1.3. Teori Task Shifting	83
2.1.4. Rumah Sakit Apung sebagai Layanan Kesehatan di Daerah Terpencil Perbatasan, Kepulauan	99
2.1.5. Teori Sistem	111
2.2. Hasil Penelitian Sebelumnya yang Relevan	118
2.3. Posisi Penelitian	129
2.4. Kerangka Pemikiran	132
2.5. Proposisi Penelitian	142
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN	143
3.1. Metodologi Penelitian	143
3.2. Tujuan Studi: Exploratory Research	144
3.3. Studi Kasus Ganda	145
3.4. Disain Penelitian: Pengembangan Model	145
3.4.1. Unit Analisis	147

3.4.2.	Keterkaitan data untuk proposisi	147
3.4.3.	Key Informan	148
3.4.4.	Kriteria Interpretasi Temuan – Temuan	149
3.5.	Kriteria Uji Kualitas dan Desain Penelitian	149
3.5.1.	Validitas Konstruk	150
3.5.2.	Validitas Internal	150
3.5.3.	Reliabilitas	151
3.6.	Jenis dan Sumber Data	151
3.6.1.	Wawancara	151
3.6.2.	Dokumentasi	152
3.7.	Teknik Analisis	152
3.8.	Operasionalisasi Pokok Kajian	153
3.9.	Tahapan Penelitian	154
BAB 4 ANALISIS DAN PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN		155
4.1.	Gambaran Umum Rumah Sakit Apung di Indonesia	155
4.1.1.	Gambaran Umum Organisasi Yayasan Dokter Peduli	166
4.1.2.	Kegiatan Rumah Sakit Apung Doctorshare 2017-2019	174
4.1.3.	Pengelolaan SDM dalam pelayanan Rumah Sakit Apung Doctorshare	176
4.1.4.	Profil Informan Kunci	179
4.2.	Hasil Penelitian	183
4.2.1.	Proposisi 1: Manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung saat ini memiliki karakteristik dan tantangan tersendiri.	183
4.2.2.	Proposisi 2: Berbagai kendala yang dijumpai terkait manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung dapat melibatkan faktor internal maupun eksternal	194
4.2.3.	Proposisi 3: Berbagai variabel perlu dipertimbangkan dalam manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung	204
4.2.4.	Proposisi 4: Dibutuhkan model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung untuk menjamin kesinambungan layanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan di Indonesia	213

4.3.	Pembahasan Hasil Penelitian	222
4.3.1.	Pembahasan Proposisi 1: Manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung saat ini memiliki karakteristik dan tantangan tersendiri	222
4.3.2.	Pembahasan Proposisi 2: Berbagai kendala yang dijumpai terkait manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung dapat melibatkan faktor internal maupun eksternal	230
4.3.3.	Pembahasan Proposisi 3: Berbagai variabel perlu Dipertimbangkan dalam manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung	238
4.3.4.	Pembahasan Proposisi 4: Dibutuhkan model Konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung untuk menjamin kesinambungan layanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan di Indonesia	244
BAB 5	SIMPULAN DAN SARAN	288
5.1.	Simpulan	289
5.2.	Saran	283
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Kondisi SDM Kesehatan di 3T	5
Tabel 1.2. Analisis SWOT	32
Tabel 2.1. Hubungan Strategi dan Budaya	60
Tabel 2.2. Spesifikasi Rumah Sakit Apung di Indonesia	110
Tabel 4.1. Perbandingan Rumah Sakit Apung Yayasan Dokter Peduli	161
Tabel 4.2. Rekapitulasi Kegiatan Yayasan Dokter Peduli tahun 2017	174
Tabel 4.3. Rekapitulasi Kegiatan Yayasan Dokter Peduli tahun 2018	175
Tabel 4.4. Rekapitulasi Kegiatan Yayasan Dokter Peduli tahun 2019	175
Tabel 4.5. Perbandingan Informasi Narasumber Ahli Terhadap Variabel Esensial	273

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Konsep Task Shifting	84
Gambar 2.2. Hubungan Antara Hak Asasi Manusia dengan Kesehatan	101
Gambar 2.3. Model Konseptual Layanan Kesehatan yang Kompleks	113
Gambar 2.4. Kerangka Pemikiran	132
Gambar 2.5. Landasan Teori Secara Keseluruhan	141
Gambar 3.1. Checkland's Soft System Methodology	145
Gambar 4.1. RSA dr. Lie Dharmawan	159
Gambar 4.2. RSA Nusa Waluya I	159
Gambar 4.3. RSA Nusa Waluya II	160
Gambar 4.4. Kunjungan ke RSA Nusa Waluya	182
Gambar 4.5. Alur Pelayanan Balai Pengobatan Rumah Sakit Apung	186
Gambar 4.6. Model Konseptual Sederhana Manajemen Alih Tugas (Task Shifting) Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Apung	221
Gambar 4.7. Rich Picture Diagram	245
Gambar 4.8. Model Konseptual Manajemen Alih Tugas (Task Shifting) Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Apung	251
Gambar 4.9. Perbandingan Model Konseptual Task Shifting Rumah Sakit Apung dengan Model WHO	260
Gambar 4.10. Wawancara Narasumber Akademisi	265
Gambar 4.11. Wawancara Narasumber Praktisi	269
Gambar 4.12. Wawancara Narasumber Regulator	270

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Penelitian

Minimnya akses pelayanan kesehatan di berbagai daerah di Indonesia menjadi salah satu permasalahan terbesar di bidang kesehatan. Hal ini tidak terlepas dari permasalahan di bidang lainnya seperti politik, sosial, ekonomi, dan budaya yang seringkali disebut sebagai krisis multidimensional. Dalam menyelesaikan permasalahan tersebut perlu dilakukan pendekatan yang strategis. Strategi untuk perbaikan akses layanan kesehatan dapat dilakukan dengan adanya perubahan sistem atau struktur, perubahan teknologi, perubahan fisik lingkungan, dan perubahan individu atau masyarakat yang terlibat di dalamnya. Pada penelitian ini perspektif pendekatan yang digunakan adalah pendekatan sistem.

Kesehatan merupakan Hak Asasi Manusia yang diakui di Indonesia berdasarkan Pasal 5 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang menyatakan (1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan; (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau; (3) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.”

Berdasarkan hal tersebut, maka didapatkan adanya hak bagi setiap rakyat Indonesia untuk memperoleh akses di bidang kesehatan baik yang tinggal di kota maupun desa atau daerah terpencil. Setiap orang juga berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau yang pada pelaksanaannya mengikuti perkembangan dunia kesehatan yang saat ini mengutamakan keselamatan pasien dan mutu pelayanan. Selain itu, otonomi pasien juga menjadi fokus dalam dunia kesehatan saat ini, hubungan dokter dan pasien tidak lagi berupa pelaksanaan kekuasaan medis oleh dokter terhadap pasien, tetapi dokter dan pasien memiliki hubungan yang kooperatif dalam hubungan medis. (Veronika Komalawati, 2002)

Dalam Bagian Kedua Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan diatur mengenai pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan tersebut harus dilaksanakan secara bertanggungjawab, aman, bermutu, serta merata, dan non diskriminatif. Pemerintah bertanggungjawab dalam pelaksanaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan tersebut.

Strategi dalam pembangunan di Indonesia mengacu pada Millennium Development Goals (MDGs) yang meliputi End Poverty and

Hunger, Universal Education, Gender Equality, Child Health, Maternal Health, Combat HIV/AIDS, Environmental Sustainability, dan Global Partnership. Namun, strategi pembangunan kesehatan tersebut tidak diikuti dengan penyediaan sumber daya manusia di bidang kesehatan. Pada akhir tahun 2015, PBB kembali mengeluarkan target baru yang dinamakan Sustainable Development Goals (SDGs) untuk visi tahun 2030.

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2019-2024 salah satu strategi pembangunan yang ditetapkan oleh pemerintah untuk mewujudkan arah kebijakan pembangunan daerah tertinggal adalah mempercepat pemenuhan Standar Pelayanan Minimal untuk pelayanan dasar publik di daerah tertinggal terutama di bidang pendidikan, kesehatan, transportasi, air minum, energi/listrik, telekomunikasi, perumahan dan pemukiman. Dalam bidang kesehatan strategi yang dikembangkan adalah peningkatan ketersediaan tenaga medis serta sarana dan prasarana kesehatan, serta peningkatan ketersediaan sarana penghubung ke pusat pelayanan kesehatan. Secara khusus dalam bidang kesehatan 4 indikator utama yang ditetapkan adalah meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat, meningkatnya pengendalian penyakit menular dan tidak menular, meningkatnya pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan, dan meningkatnya perlindungan finansial, ketersediaan, penyebaran dan mutu obat serta sumber daya kesehatan.

Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan salah satu subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasional. Komponen ini memainkan peranan penting dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan sebagai pelaksana upaya dan pelayanan kesehatan. SDMK juga diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional yang menyebutkan bahwa sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan).

Berdasarkan Pasal 1 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 949/MENKES/PER/VIII/2007 Tentang Kriteria Sarana Pelayanan Kesehatan Terpencil Dan Sangat Terpencil yang dimaksud dengan Daerah Terpencil adalah “daerah yang sulit dijangkau karena berbagai sebab seperti keadaan geografi (kepulauan, pegunungan, daratan, hutan dan rawa), transportasi dan sosial budaya.” Data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017 – 2019 yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa proporsi kabupaten/kota dengan kategori tersebut adalah 27,8% dari total

kabupaten/kota. SDM kesehatan di wilayah 3T tersebut berkisar antara 13,5% - 14,4% terhadap total SDM kesehatan secara nasional. Proporsi berdasarkan jenis tenaga kesehatan menunjukkan dokter sebesar 10,27% - 11,4%, dokter gigi sebesar 9,3% - 9,86%, perawat sebesar 14,2% - 15,49%, dan bidan sebesar 17,2% - 18,7%. Rincian tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1.1. Kondisi SDM Kesehatan di 3T

Gambaran Kondisi SDM Kesehatan di 3T	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)
Perbandingan SDM kesehatan di 3T terhadap total SDM kesehatan nasional	13,5	14,4	13,9
Proporsi dokter di 3T terhadap total dokter nasional	11,4	10,27	10,5
Proporsi dokter gigi di 3T terhadap total dokter gigi nasional	9,7	9,86	9,3
Proporsi perawat di 3T terhadap total perawat nasional	14,2	15,49	15,3
Proporsi bidan di 3T terhadap total bidan nasional	17,2	17,87	18,7

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 2017, 2018, dan 2019

Kondisi tersebut menggambarkan adanya disparitas tenaga kesehatan di Indonesia. Dilihat dari kategori DTPK, Papua merupakan provinsi dengan jumlah kabupaten DTPK terbanyak (27 kabupaten) diikuti dengan Nusa Tenggara Timur (19 kabupaten). Sementara berdasarkan jumlah tenaga kesehatan, kategori tenaga kesehatan yang memiliki jumlah paling banyak adalah tenaga keperawatan dan kebidanan. Hal tersebut mungkin dapat dipertimbangkan dalam penyusunan strategi untuk pemerataan akses terhadap layanan kesehatan di Indonesia.

Pada bagian berikut akan dipaparkan juga mengenai kondisi disparitas tiap tenaga kesehatan, khususnya dokter, dokter gigi, perawat, dan bidan di setiap puskesmas. Puskesmas adalah fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya

kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Dengan demikian, untuk mendukung fungsi dan tujuan Puskesmas diperlukan sumber daya manusia kesehatan baik tenaga kesehatan maupun tenaga penunjang kesehatan. Data dari tiap puskesmas penting karena puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan dalam sistem kesehatan di Indonesia.

Kecukupan tenaga kesehatan di puskesmas diatur pada Permenkes Nomor 75 Tahun 2014. Pada puskesmas non rawat inap, minimal jumlah dokter adalah satu orang, sedangkan pada puskesmas rawat inap minimal jumlah dokter dua orang, baik pada wilayah perkotaan, perdesaan, maupun kawasan terpencil dan sangat terpencil. Pada tahun 2019, secara nasional terdapat 48,42% puskesmas yang memiliki dokter melebihi jumlah standar yang ditetapkan, 31,61% puskesmas sudah cukup dokter, dan 19,97% puskesmas kekurangan dokter.

Standar jumlah dokter gigi di puskesmas minimal satu orang, baik di puskesmas rawat inap dan non rawat inap dan di wilayah perkotaan, perdesaan, maupun di kawasan terpencil dan sangat terpencil. Di Indonesia pada tahun 2019, terdapat 13,09% puskesmas melebihi jumlah standar dokter gigi, 48,11% puskesmas dengan jumlah dokter gigi cukup, dan 38,80% puskesmas tidak memiliki dokter gigi.

Kebutuhan jumlah perawat pada puskesmas non rawat inap minimal berjumlah lima orang sedangkan pada Puskesmas rawat inap minimal berjumlah delapan orang. Kondisi ini merupakan standar minimal di wilayah perkotaan, perdesaan, dan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Di Indonesia pada tahun 2019, terdapat 77,90% puskesmas memiliki jumlah perawat lebih dari standar yang ditetapkan, 6,32% puskesmas dengan jumlah perawat cukup, dan 15,79% puskesmas kekurangan perawat.

Jumlah bidan di puskesmas non rawat inap minimal empat orang dan di puskesmas rawat inap minimal tujuh orang. Kondisi ini merupakan standar minimal di wilayah perkotaan, perdesaan, dan kawasan terpencil dan sangat terpencil. Pada tahun 2019, secara nasional terdapat 83,53% puskesmas memiliki bidan melebihi jumlah standar yang ditetapkan, 3,56% puskesmas sudah cukup bidan, dan 12,91% puskesmas kekurangan bidan.

Berdasarkan Survey Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 kematian bayi dan kematian perinatal tertinggi selama periode 10 tahun sebelum survei terdapat pada populasi yang tinggal di pedesaan, serta bayi yang ibunya tidak sekolah dan pada kuintil kekayaan terendah. (Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencanaan Nasional, Departemen Kesehatan, & Macro International, 2013). Rasio kematian maternal (kematian ibu) adalah 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup dalam periode waktu lima tahun sebelum survei. (Badan Pusat Statistik et

al., 2013) Jumlah tersebut meningkat dibandingkan periode survey sebelumnya 228 kematian per 100.000 kelahiran hidup.

Hal – hal tersebut menunjukkan adanya situasi kesehatan yang memburuk di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK). Masalah kesehatan di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan tidak hanya terbatas pada kurangnya sumber daya manusia di bidang kesehatan, tetapi juga berkaitan dengan masalah infrastuktur, keanekaragaman budaya, daya beli masyarakat, dan tingkat pendidikan masyarakat di daerah tersebut. Namun, saat ini Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran lebih berorientasi pada kompetensi profesi kesehatan dengan ancaman sanksi bagi orang yang melakukan tindakan medis diluar kompetensi. Hal ini menimbulkan permasalahan ketika kebijakan tersebut harus diterapkan di DTPK yang kekurangan tenaga kesehatan.

Adanya ketidakseimbangan dalam pelayanan kesehatan urban dan rural serta buruknya derajat kesehatan di Indonesia memerlukan strategi yang tepat untuk mengatasi masalah-masalah tersebut mengingat bahwa kesehatan adalah Hak Asasi Manusia dan dijamin oleh pemerintah. Rakyat Indonesia memiliki hak untuk memperoleh akses di bidang kesehatan baik yang tinggal di kota maupun desa atau daerah terpencil. Setiap orang juga berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau yang pada pelaksanaannya mengikuti

perkembangan dunia kesehatan yang saat ini mengutamakan keselamatan pasien dan mutu pelayanan.

Sedikitnya jumlah SDM kesehatan karena maldistribusi di DTPK memerlukan tatalaksana yang tepat. Kebijakan untuk mendorong SDM kesehatan untuk melayani DTPK akan mengalami berbagai tantangan besar seperti perbaikan fasilitas yang perlu dilakukan karena kurangnya fasilitas layanan kesehatan di DTPK, insentif yang cukup baik untuk menarik SDM ke DTPK, serta jaminan keamanan maupun fasilitas sosial untuk tenaga kesehatan dan keluarganya.

Pemerintah telah melakukan berbagai upaya dalam pendayagunaan tenaga kesehatan seperti:

1. Tenaga Kesehatan dengan Status Pegawai Tidak Tetap (PTT)

Pengangkatan dan penempatan PTT dilakukan untuk dokter dan bidan. Tenaga dokter yang dimaksud adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis lulusan Pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pengangkatan dokter PTT dilaksanakan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, kawasan perbatasan, daerah bermasalah kesehatan, daerah rawan konflik; rumah sakit provinsi sebagai dokter brigade siaga

bencana; dan Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) pada wilayah terpencil dan sangat terpencil. Masa penugasan dokter PTT adalah satu tahun untuk dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang ditugaskan pada fasilitas pelayanan kesehatan dengan kriteria terpencil dan sangat terpencil; dua tahun untuk dokter atau dokter gigi yang ditugaskan pada fasilitas pelayanan kesehatan dengan kriteria terpencil dan sangat terpencil; dan tiga tahun untuk dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang ditugaskan pada fasilitas pelayanan kesehatan dengan kriteria biasa. Dokter PTT dapat diangkat kembali atau diperpanjang paling banyak untuk satu kali masa penugasan.

Penempatan bidan PTT hanya dapat dilakukan untuk ditempatkan sebagai bidan di desa dengan kriteria biasa, terpencil, atau sangat terpencil. Bidan PTT ditugaskan selama tiga tahun dan dapat diangkat kembali atau diperpanjang paling banyak dua kali masa penugasan.

Sesuai dengan kebijakan Menteri Kesehatan, tidak ada lagi pengangkatan baru tenaga kesehatan dengan status PTT sejak tahun 2016. Dalam rangka memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di daerah, Kementerian Kesehatan melakukan terobosan berupa program Nusantara Sehat berbasis tim dan individu yang diselenggarakan mulai tahun 2015.

2. Tenaga Kesehatan dengan Status Penugasan Khusus

a. Penugasan Khusus Tenaga Residen

Penugasan khusus merupakan pendayagunaan secara khusus tenaga kesehatan dalam kurun waktu tertentu guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK), Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK), serta rumah sakit kelas C dan rumah sakit kelas D di kabupaten yang memerlukan pelayanan medik spesialistik. Hal ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2013 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan. Jenis tenaga kesehatan yang diangkat dalam penugasan khusus adalah residen.

Residen adalah dokter/dokter gigi yang sedang menempuh pendidikan dokter spesialis/dokter gigi spesialis. Residen dalam penugasan khusus terdiri dari residen senior (pembiayaan pendidikan secara mandiri) dan residen pasca jenjang I (pembiayaan pendidikan dari Kementerian Kesehatan). Residen senior ditugaskan antara tiga sampai dengan enam bulan, sedangkan residen pasca jenjang I ditugaskan selama enam bulan.

Sebanyak 339 orang residen dokter spesialis dalam penugasan khusus di Indonesia tahun 2020. Selama tiga

tahun terakhir jumlah ini terus menurun dimana pada tahun 2017 sebanyak 619 orang, dan 2018 sebanyak 490 orang. Proporsi penugasan khusus residen dokter spesialis terbesar di regional Sumatera sebesar 34,2%, diikuti oleh regional Nusa Tenggara-Maluku-Papua sebesar 22,4%, dan Jawa-Bali sebesar 21,5%. Residen dokter spesialis terbanyak terdapat di Provinsi Sumatera Utara (34 orang), sedangkan di DKI Jakarta tidak terdapat residen dokter spesialis pada tahun 2020.

b. Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Nusantara Sehat

Pada tahun 2015, Kementerian Kesehatan meluncurkan program penugasan khusus tenaga kesehatan Nusantara Sehat. Penugasan khusus ini meliputi penugasan khusus tenaga kesehatan berbasis tim dan individu. Landasan hukum program ini adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2018 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat. Program Nusantara Sehat dilaksanakan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, daerah bermasalah kesehatan maupun daerah lain untuk memenuhi pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Program penugasan khusus ini bertujuan untuk: menjaga keberlangsungan pelayanan kesehatan, menangani masalah kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerah, meningkatkan retensi tenaga kesehatan yang bertugas, memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, menggerakkan pemberdayaan masyarakat, mewujudkan pelayanan kesehatan terintegrasi, serta meningkatkan dan melakukan pemerataan pelayanan kesehatan.

3. Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Berbasis Tim (Nusantara Sehat Tim)

Penugasan Tenaga kesehatan Nusantara Sehat berbasis tim (tim NS) minimal terdiri dari lima jenis tenaga kesehatan dari sembilan jenis tenaga di puskesmas, yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga gizi, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga kefarmasian, dan tenaga kesehatan masyarakat. Tim NS akan ditempatkan di puskesmas daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, daerah bermasalah kesehatan maupun daerah lain untuk memenuhi pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan masa tugas selama 2 tahun.

Penempatan Nusantara Sehat berbasis tim sampai dengan tahun 2019 telah dilaksanakan sebanyak 14 batch. Batch I-II dilaksanakan pada tahun 2015, dengan penempatan di 120

puskesmas. Batch III-V dilaksanakan pada tahun 2016, dengan penempatan di 131 puskesmas. Batch VI-VIII dilaksanakan pada tahun 2017 dengan penempatan di 188 puskesmas. Batch IX-XI dilaksanakan pada tahun 2018 dengan penempatan di 156 puskesmas. Batch XII-XIV dilaksanakan tahun 2019 dengan penempatan tim NS yang masih aktif pada 173 puskesmas, 87 kabupaten/kota, dan 25 provinsi.

Jenis tenaga yang paling banyak ditempatkan di tahun 2019 adalah perawat dan tenaga gizi, masing-masing sebanyak 160 orang (16,2%) dan tenaga yang paling sedikit adalah dokter umum sebanyak 24 orang (2,4%) dan dokter gigi sebanyak 8 orang (0,8%). Tim NS terbanyak ditempatkan di Aceh (119 orang) dan Sulawesi Tenggara (109 orang), sedangkan di Sumatera Barat hanya terdapat 5 tim NS. Sebanyak 9 provinsi lainnya (Sumatera Selatan, Lampung, Kep. Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, dan Gorontalo) mendapatkan penempatan tim NS pada tahun 2019.

4. Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Berbasis Individu (Nusantara Sehat Individu)

Penugasan Tenaga kesehatan Nusantara Sehat Individu (NS Individu) adalah penugasan khusus yang penempatannya berbentuk individu yang disesuaikan dengan pemetaan

ketenagaan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan untuk mendukung Nusantara Sehat. Penugasan ini terdiri atas dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga gizi, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga kefarmasian, dan tenaga kesehatan masyarakat. NS Individu akan ditempatkan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, daerah bermasalah kesehatan maupun daerah lain untuk memenuhi pelayanan kesehatan kepada masyarakat selama 2 tahun dengan evaluasi pada 1 tahun pertama penugasan.

Penempatan NS Individu sampai dengan tahun 2019 sebanyak 20 periode. Sampai dengan tahun 2019 terdapat NS individu sebanyak 3.547 orang, dengan penempatan di 2.179 puskesmas, 514 kabupaten/kota pada 34 provinsi.

Perawat merupakan jenis tenaga NS individu yang paling banyak ditempatkan selama tahun 2019, yaitu sebanyak 644 orang (18,0%), diikuti oleh tenaga gizi sebanyak 564 orang (15,8%) dan ahli teknologi laboratorium medik sebanyak 542 orang (15,2%), sedangkan dokter gigi merupakan tenaga NS paling sedikit, yaitu sebanyak 117 orang (5,0%). Sulawesi Tenggara merupakan provinsi dengan penempatan tenaga NS individu terbanyak, yaitu 505 orang, dan Kep. Bangka Belitung dengan tenaga NS individu paling sedikit, yaitu sebanyak 21

orang. Pemerintah daerah dapat memberdayakan tenaga kesehatan pasca Nusantara Sehat berdasarkan kompetensi, standar ketenagaan, dan kebutuhan daerah sehingga tercapai kemandirian pemenuhan tenaga kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

5. Program Internship Dokter

Program Internsip adalah proses pematapan mutu profesi dokter untuk menerapkan kompetensi yang diperoleh selama pendidikan secara terintegrasi, komprehensif, mandiri, serta menggunakan pendekatan kedokteran keluarga, dalam rangka pemahiran dan penyelarasan antara hasil pendidikan dengan praktik di lapangan. Penempatan dokter program internsip di fasilitas pelayanan kesehatan perlu disinergikan dengan program pemerintah dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan.

Peserta program internsip adalah dokter yang baru lulus program studi pendidikan dokter berbasis kompetensi yang akan menjalankan praktik kedokteran dan/atau mengikuti pendidikan dokter spesialis. Dokter peserta program internsip harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) untuk kewenangan internsip yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan Surat Izin Praktek (SIP) Internsip yang dikeluarkan oleh kepala dinas kabupaten/kota. STR untuk kewenangan

internsip dan SIP internsip hanya berlaku selama menjalani internsip.

Dokter peserta program internsip ikatan dinas ditempatkan selama satu tahun dan wajib melaksanakan tugas pasca internsip di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditunjuk Kementerian Kesehatan.

Pemberangkatan dokter peserta internsip dilakukan sebanyak empat kali dalam satu tahun. Jumlah dokter peserta internsip yang diberangkatkan pada bulan Februari 2019 sebanyak 3.211 orang, bulan Mei-Juni sebanyak 2.057 orang, bulan September-Oktober sebanyak 3.207 orang, dan bulan November-Desember sebanyak 3.644 orang. Secara regional, proporsi terbesar dokter peserta internsip yaitu regional Jawa-Bali (50,5%) dengan jumlah dokter peserta internsip terbanyak adalah Jawa Timur (1.817 orang). Sulawesi Barat memiliki jumlah dokter peserta internship paling sedikit, yaitu 55 orang.

6. Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS)

Dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 28 Ayat (1) disebutkan bahwa dalam keadaan tertentu pemerintah dapat memberlakukan ketentuan wajib kerja kepada tenaga kesehatan yang memenuhi kualifikasi akademik dan kompetensi untuk melaksanakan tugas sebagai tenaga kesehatan di daerah khusus di wilayah Negara Kesatuan

Republik Indonesia. Sebagai upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat dan pelayanan Kesehatan spesialistik, meningkatkan akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan yang berkualitas di seluruh Indonesia, pemerataan distribusi dokter spesialis, dan memastikan keberadaan dan ketersediaan dokter spesialis di rumah sakit memenuhi standar minimal yang diterapkan maka ditetapkan Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS).

Dengan ditetapkannya Peraturan Presiden RI Nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis, maka Peraturan Presiden Nomor 4 Tahun 2017 tentang Wajib Kerja Dokter Spesialis dinyatakan sudah tidak berlaku lagi. Peraturan tersebut juga mencantumkan bahwa Peserta PGDS menerima bantuan biaya Pendidikan.

Dalam menyelenggarakan program PGDS, Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan kolegium, organisasi profesi, dan institusi Pendidikan. Peran institusi dalam PDGS adalah sebagai berikut:

1. Kementerian Kesehatan, bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan PGDS; mulai dari proses rekrutmen hingga penempatan peserta (memberikan tunjangan, mengatur penempatan, pembinaan dan pengawasan dan, menyusun regulasi agar terlaksananya program PGDS secara optimal).

2. Pemerintah Daerah, bertanggungjawab memastikan kesiapan infrastruktur, sarana dan prasarana, peralatan, obat-obatan, tempat tinggal/ rumah dinas, insentif daerah sesuai kemampuan daerah, dan jasa medik/jasa pelayanan sebagai hak dokter sesuai kinerja.
3. Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), bertanggungjawab menerbitkan Surat Tanda Registrasi (STR) peserta PGDS.
4. Fakultas Kedokteran, bertanggungjawab membuat mekanisme yang mensyaratkan calon PGDS menandatangani surat pernyataan bersedia mengikuti program PGDS.
5. Ikatan Dokter Indonesia (IDI), bertanggungjawab dalam mendukung kebijakan perhimpunan masing-masing demi terlaksananya program PGDS, mendorong MPPK dan MKKI untuk membahas lebih rinci peran masing-masing.

Sebanyak 605 dokter spesialis ditempatkan di RS milik pemerintah di 34 provinsi, termasuk juga RS milik institusi TNI/POLRI yang mengikuti program PGDS pada tahun 2019. Peserta PGDS terbagi menjadi peserta Tubel (tugas belajar) dan peserta mandiri. Sekitar setengah dari peserta PGDS merupakan peserta Tubel, yaitu sebanyak 318 orang, dan peserta mandiri sebanyak 287 orang. Jawa Timur dan Jawa Barat merupakan provinsi dengan penempatan tenaga

kesehatan pada PGDS terbanyak, yaitu sebanyak 44 orang dan 43 orang. Sementara itu, DKI Jakarta memiliki penempatan paling sedikit, yaitu sebanyak 3 orang.

Usaha – usaha tersebut dilakukan oleh pemerintah dalam rangka pemerataan akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas. Setiap usaha memiliki kelebihan dan kekurangan masing – masing yang terus dilakukan penyesuaian dalam pelaksanaannya dari tahun ke tahun.

Mekanisme pendayagunaan tenaga kesehatan dengan status Pegawai Tidak Tetap (PTT) merupakan salah satu upaya yang paling lama telah dikerjakan di Indonesia. Pada tahun 1974 - 1992 mekanisme ini lebih dikenal dengan kebijakan Pengangkatan Dokter Inpres dengan status Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang mewajibkan sebagian lulusan dokter dan dokter gigi untuk bekerja di Puskesmas yang tersebar di seluruh Indonesia selama 3 samapi 5 tahun. Pada tahun 1992 pemerintah mengubah kebijakan Pengangkatan Dokter Inpres dengan status Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan menggantinya dengan kebijakan pengangkatan dokter dan dokter gigi dengan status Pegawai Tidak Tetap (PTT) yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 37 Tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter Sebagai Pegawai Tidak Tetap Selama Masa Bakti. Selain kebutuhan dokter dan dokter gigi dalam melakukan pelayanan kesehatan, untuk mengurangi angka kematian ibu dan anak dibutuhkan tenaga Bidan yang akan ditempatkan di fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk itu ditetapkan Keputusan Presiden Nomor 23 Tahun

1994 tentang Pengangkatan Bidan sebagai Pegawai Tidak Tetap sebagaimana diubah dengan Keputusan Presiden Nomor 77 Tahun 2000. Seiring dengan perkembangan politik, ekonomi, teknologi dan informasi, maka kebijakan pengangkatan Dokter dan Bidan sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) dalam perjalanannya telah banyak mengalami berbagai perubahan pendekatan. Pendekatan kebijakan yang dilakukan adalah pendekatan geografis dan pendekatan motivasional. Pendekatan geografis dilakukan dengan penempatan dokter pada fasilitas pelayanan kesehatan kriteria terpencil dan sangat terpencil serta penempatan Bidan di desa, sedangkan pendekatan motivasional dilakukan dengan menyediakan insentif dan pengurangan lama penugasan.

Pada pelaksanaannya pendayagunaan tenaga kesehatan dengan status PTT telah mengalami berbagai penyesuaian baik dari segi lama penugasan, insentif, pola pengangkatan dari Pemerintah Daerah, termasuk kerjasama dengan pihak swasta untuk daerah – daerah tertentu. Pada tahun 2015 pendayagunaan tenaga kesehatan dengan status PTT mulai dialihkan menjadi program Nusantara Sehat (NS). Pada prinsipnya masih serupa dengan pendekatan yang lebih komprehensif, termasuk penugasan dalam bentuk tim.

Program pendayagunaan tenaga kesehatan dengan status PTT lebih berfokus pada pelayanan kesehatan primer (dokter umum, dokter gigi, dan bidan), sedangkan pemerataan layanan kesehatan tingkat lanjut (spesialistik) dilakukan sejak tahun 2013 dengan mendayagunakan

residen, dokter/dokter gigi yang sedang menempuh pendidikan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis. Penugasan residen dilakukan pada jenjang residen senior maupun residen pasca jenjang I.

Program penugasan Khusus Tenaga Residen pada prinsipnya merupakan bentuk *task shifting* pada bidang kesehatan karena residen bukanlah dokter spesialis, tetapi pada penugasan ini diberikan kewenangan sesuai kompetensi yang dimilikinya dalam masa pendidikan untuk menjadi dokter spesialis. Tentunya kompetensi dan kewenangan yang diberikan akan disesuaikan dengan tahapan pendidikan yang telah dilalui. Belum dijumpai evaluasi klinis hasil penugasan Khusus Tenaga Residen sehingga tidak dapat dinilai apakah kegiatan pelayanan kesehatan yang dikerjakan telah memenuhi standar, besarnya tingkat risiko, serta kepuasan masyarakat yang menerima layanan tersebut. Namun, secara logis penugasan Khusus Tenaga Residen memberikan akses terhadap layanan kesehatan tingkat lanjut di berbagai daerah yang sebelumnya tidak memiliki akses terhadap layanan yang lebih dari layanan tingkat primer.

Program Nusantara Sehat dapat dikatakan sebagai pengganti program pendayagunaan tenaga kesehatan dengan status PTT. Pada program Nusantara Sehat mekanisme penugasan terbagi menjadi 2, yaitu individu dan tim. Program Nusantara Sehat Individu pada prinsipnya serupa dengan pendayagunaan tenaga kesehatan dengan status PTT. Pengembangan program pendayagunaan tenaga kesehatan dengan

status PTT yang diterapkan pada Nusantara Sehat adalah penugasan dalam bentuk tim. Nusantara Sehat Tim terdiri dari 4 jenis tenaga kesehatan dari 9 jenis tenaga kesehatan di Puskesmas, yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga gizi, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga kefarmasian, dan tenaga kesehatan masyarakat. Pembekalan dan penugasan tim ini diharapkan dapat memberikan dampak yang lebih luas bagi daerah yang dilayani. Salah satu hal yang mendorong penugasan dalam bentuk tim adalah kendala – kendala yang dialami pada penugasan individu dimana seorang dokter atau dokter gigi atau bidan memerlukan tenaga ahli di bidang lain untuk dapat memberikan dampak yang bermakna di masyarakat.

Program Internship Dokter merupakan salah satu program terobosan yang memberikan beberapa manfaat. Pada prinsipnya program Internship Dokter memberikan kesempatan pada calon dokter yang telah menyelesaikan pendidikan akademik di Fakultas Kedokteran untuk mendapatkan pengalaman lapangan selama 1 tahun. Di sisi lain, program tersebut juga menambah cakupan fasilitas kesehatan yang digunakan sebagai wahana internship untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan primer yang lebih optimal kepada masyarakat.

Program Internship Dokter juga merupakan salah satu bentuk *task shifting* pada bidang kesehatan karena dokter internship belum terdaftar sebagai profesi dokter, tetapi pada penugasan ini diberikan kewenangan sesuai kompetensi yang dimilikinya setelah melalui masa pendidikan

untuk menjadi dokter. Pada pelaksanaannya dokter internship masih melakukan berbagai pelayanan kesehatan dengan didampingi dan diawasi oleh dokter, baik dokter umum maupun dokter spesialis di wahana internship. Artinya pada praktik dokter internship terjadi delegasi kewenangan dengan batasan tertentu dan pengawasan dari dokter yang bertanggung jawab.

Dalam rangka pemerataan akses layanan kesehatan tingkat lanjut pemerintah juga menyelenggarakan program Pendayagunaan Dokter Spesialis (PDGS). Pada prinsipnya program ini serupa dengan program pendayagunaan tenaga kesehatan dengan status PTT, tetapi untuk dokter spesialis. Program Pendayagunaan Dokter Spesialis merupakan pengganti dari program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) yang pada periode sebelumnya memiliki beberapa kekurangan khususnya terkait unsur Hak Asasi Manusia. Perbedaan PDGS dengan program WKDS adalah sifatnya yang sukarela.

Alternatif untuk mengatasi maldistribusi tenaga kesehatan adalah dengan memanfaatkan potensi lokal seperti kader kesehatan. Beberapa keuntungan pemanfaatan kader kesehatan lokal adalah mereka memiliki wawasan yang baik terhadap kondisi setempat termasuk budaya orang – orang yang dilayani. Selain itu, secara motivasi SDM lokal juga tidak memiliki hambatan yang besar karena mereka tinggal di lokasi tersebut. Namun, pemanfaatan kader lokal tentunya memerlukan pelatihan dan

supervisi yang baik untuk menjamin kualitas layanan kesehatan yang diberikan.

Dalam mewujudkan hak atas kesehatan bagi masyarakatnya, pemerintah dapat bekerjasama dengan berbagai pihak seperti akademisi, sektor swasta, bahkan dengan negara lain. Usaha dan inovasi yang berasal masyarakat di DTPK untuk mendapatkan layanan kesehatan sempat muncul beberapa kali seperti klinik apung, rumah sakit apung, kapal kemanusiaan, *flying doctor*, dan lainnya. Umumnya bentuk inisiatif tersebut muncul sesuai dengan kondisi setempat, misalnya klinik apung di Palembang muncul sesuai dengan pemanfaatan sungai sebagai jalur transportasi setempat; begitu pula dengan rumah sakit apung yang muncul di wilayah kepulauan.

Berdasarkan catatan sejarah rumah sakit apung dalam bentuk kapal sebagian besar dioperasikan oleh pasukan militer (kebanyakan angkatan laut) dari berbagai negara, karena mereka dimaksudkan untuk digunakan di dalam atau di dekat zona perang. Rumah sakit apung mungkin telah ada sejak jaman dahulu, Angkatan Laut Athena memiliki kapal yang bernama *Therapia*, dan Angkatan Laut Romawi memiliki kapal dengan nama *Aesculapius*; kedua nama tersebut mungkin menandakan bahwa kapal tersebut digunakan untuk keperluan medis.

Sejarah perang dunia pertama maupun perang dunia kedua mencatat penggunaan rumah sakit apung dalam jumlah yang masif. Banyak kapal penumpang maupun kapal militer yang tidak optimal diubah

menjadi rumah sakit apung. Pada akhir perang dunia pertama Angkatan Laut kerajaan Inggris mencatat 77 kapal yang digunakan untuk keperluan medis. Selain Inggris, Kanada dan Amerika Serikat juga tercatat menggunakan rumah sakit apung pada perang dunia kedua.

Pada saat ini beberapa negara masih memiliki Rumah sakit apung untuk keperluan militer. Namun, rumah sakit apung juga dapat ditemukan selain yang dimiliki oleh militer, misalnya Mercy Ships dan MV Africa Mercy yang dimiliki oleh lembaga kemanusiaan internasional; juga Esperanza del Mar dan Juan de la Cosa yang dimiliki oleh kementerian sosial Spanyol. Di Indonesia, rumah sakit apung yang dimiliki oleh TNI adalah KRI Dr Soeharso.

Penggunaan sarana rumah sakit apung untuk layanan kesehatan di luar keperluan militer dapat dijumpai juga di Danau Tangayika, Afrika. Pada tahun 2009, seorang Amerika bernama Amy Lehman tergerak untuk mendirikan rumah sakit apung di danau Tangayika karena pada saat itu diperkirakan terdapat 3 juta orang di sepanjang danau tersebut yang tidak memiliki akses terhadap layanan kesehatan. Gagasan tersebut ditanggapi dengan serius dan pelayanan rumah sakit apung di Danau Tangayika masih berjalan hingga saat ini.

Pada tahun 2013 di Indonesia mulai dikembangkan sebuah rumah sakit apung oleh yayasan nirlaba Dokter Peduli (Doctorshare, 2013). Rumah sakit apung ini terdiri dari dua tingkat. Bagian dasar digunakan sebagai ruang Rontgen, EKG, USG, serta laboratorium. Di tingkat atas

terdapat Kamar Bedah, Ruang Resusitasi, Ruang Dokter, dan sebagainya. Pada tahun 2015 yayasan tersebut bekerjasama dengan yayasan Ekadharma mengembangkan sebuah rumah sakit apung lainnya dan pada tahun 2018 direncanakan akan muncul lagi sebuah rumah sakit apung yang lebih besar. Selain Doctorshare, juga ditemukan beberapa pihak lain yang mengembangkan pelayanan kesehatan rumah sakit apung seperti Mer-C (MER-C, 2017) dan Universitas Airlangga (Bes, 2017). Berdasarkan hal tersebut, maka tahun 2018 Indonesia memiliki 5 rumah sakit apung di luar keperluan militer.

Pada tahun 2016 Yayasan Dokter Peduli atau Doctorshare melayani 10.909 pasien dengan jumlah pasien terbanyak adalah pengobatan umum sebanyak 7.644 pasien (70%) dan 2125 pasien yang mengikuti penyuluhan (19%). Sementara tindakan bedah telah dilakukan kepada 849 pasien (662 bedah minor dan 187 bedah mayor). Dari jumlah tersebut, 5757 pasien (53%) dilayani oleh RSA dr. Lie Dharmawan dan 2166 pasien (20%) dilayani oleh RSA Nusa Waluya I.

Dalam menjalankan pelayanannya RSA dr. Lie Dharmawan memerlukan tim dengan jumlah sekitar 20 orang yang sebagian besar merupakan tenaga kesehatan. RSA Nusa Waluya I memerlukan tim dengan jumlah sekitar 25 orang dan RSA Nusa Waluya II saat uji coba telah menggunakan tim dengan jumlah 35 orang. Pada setiap pelayanannya rumah sakit apung Doctorshare melibatkan masyarakat lokal untuk membantu di pelayanan Balai Pengobatan.

Pada tahun 2016 pelayanan rumah sakit apung Doctorshare masih lebih banyak berfokus pada daerah di Indonesia Timur. Daerah tersebut antara lain Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat yang dilayani oleh RSA dr. Lie Dharmawan. Sementara RS Nusa Waluya I mulai melayani daerah lain seperti Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, dan Jambi. Pada tahun 2017 pelayanan kesehatan masih lebih dominan dilakukan di wilayah Indonesia Timur yang memang secara pemetaan masih mengalami disparitas cukup tinggi. Pelayanan kesehatan Rumah Sakit Apung selain wilayah Indonesia Timur dilakukan di kepulauan Natuna, Riau. Pada tahun 2018 komposisi pelayanan kesehatan masih tetap difokuskan pada wilayah Indonesia Timur dan kepulauan Riau. Pada tahun ini juga dilakukan uji coba pelayanan kesehatan RS Nusa Waluya II di Muara Kaman, Kalimantan Timur. Beberapa permasalahan yang dijumpai terkait sumber daya manusia di rumah sakit apung adalah perkiraan biaya yang tinggi dan sulitnya mencari tenaga kesehatan yang mau bekerja di rumah sakit apung karena lokasi yang jauh dan berpindah-pindah.

Dalam bidang kesehatan, khususnya rumah sakit, peraturan yang menjadi acuan adalah Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Namun, dalam kedua undang – undang tersebut tidak dijelaskan secara spesifik mengenai rumah sakit apung sebagai suatu entitas tersendiri. Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014

tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit diatur mengenai RS bergerak, yaitu pada pasal 8 (1) Rumah Sakit bergerak merupakan Rumah Sakit yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain; (2) Rumah Sakit bergerak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbentuk bus, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, atau kontainer.

Petunjuk teknis pelaksanaan RS bergerak lebih detail dicantumkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 58/Menkes/SK/I/2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Bergerak. Pada aturan tersebut dijelaskan definisi RS bergerak adalah fasilitas kesehatan yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain di daerah tertinggal, terpencil, kepulauan, dan daerah perbatasan dalam rangka penyelenggaraan kegiatan upaya kesehatan perorangan yang dilaksanakan selama 24 jam melalui pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat/pelayanan darurat.

Belum ada pernyataan yang mengatur mengenai RS bergerak yang dikelola oleh swasta. Namun, dari peraturan tersebut dapat disimpulkan bahwa konstruksi pelaksanaan RS bergerak termasuk entitas yang disebut oleh masyarakat sebagai rumah sakit apung sudah ada di Indonesia. Rumah sakit bergerak dalam bentuk bangunan non kapal laut pada tahun 2008 telah ditetapkan di Riau, Nusa Tenggara Timur, Maluku Utara, Kepulauan Talaud, Kalimantan Timur, dan Maluku Tenggara Barat.

Pada penelitian ini yang dimaksud dengan rumah sakit apung adalah rumah sakit bergerak dengan bentuk kapal laut sesuai dengan definisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 58/Menkes/SK/I/2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Bergerak.

Penelitian mengenai Rumah Sakit Apung di Indonesia belum ditemukan oleh penulis. Hal ini mungkin disebabkan oleh fenomena Rumah Sakit Apung Nusa Waluya yang digagas sebagai Rumah Sakit Apung pertama di Indonesia. Namun, penelitian mengenai rumah sakit apung telah dilakukan di Bangladesh (Ahmed, Shimul, Sen, & Khan, 2015). Penelitian terkait pengembangan layanan kesehatan dengan keterbatasan akses dan sumber daya banyak dilakukan di negara-negara Afrika. Contoh penelitian tersebut adalah pemberdayaan SDM dengan konsep *task shifting* yang dilakukan di Malawi (Palmer, 2008), Uganda (Dambisya & Matinhure, 2012), Mozambique dan Tanzania (Pereira, 2010).

Dalam usaha merawat kesehatan sebagai bagian dari mempertahankan kehidupan, masyarakat daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan seringkali berupaya memanfaatkan pengetahuan tradisional atau bergantung pada tenaga kesehatan dengan kompetensi yang terbatas. Hal tersebut menggambarkan adanya konstruksi metode *task shifting* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Definisi *task shifting* menurut WHO adalah, "*Task shifting is the name now given to a process*

of delegation whereby tasks are moved, where appropriate, to less specialized health workers.” (WHO, 2007)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan faktor yang menunjang untuk penerapan *task shifting* antara lain adanya kebijakan yang jelas, prosedur yang jelas, dukungan dan komitmen pemerintah, fokus masalah yang jelas, alur rujukan yang sistematis, kebutuhan akan jumlah tenaga kesehatan, dan kurangnya ketrampilan tenaga kesehatan (Dambisya & Matinhure, 2012). Faktor- faktor yang dapat menghambat adalah resistensi terhadap perubahan, aturan profesi, korupsi, kurangnya pengetahuan, perencanaan yang buruk, kurangnya panduan pelaksanaan, beban kerja yang tinggi, kurangnya penghargaan, regulasi yang tidak jelas, persaingan kerja di bidang profesi tenaga kesehatan profesional (Dambisya & Matinhure, 2012). Hasil tersebut menunjukkan pentingnya regulasi dalam mendorong efektivitas usaha pemerataan layanan kesehatan.

Konstruksi metode *task shifting* memiliki kesamaan dengan layanan kesehatan rumah sakit apung, keduanya memiliki tujuan yang sama dalam hal pemerataan kesehatan. Belajar dari pengalaman *task shifting* di beberapa negara, maka pembentukan regulasi dan konsep yang sesuai perlu dilakukan untuk mendukung layanan rumah sakit apung dalam memberikan akses layanan kesehatan yang merata bagi masyarakat DTPK.

Pada tahun 2008, WHO mengeluarkan rekomendasi mengenai *task shifting* untuk sebuah negara mengadopsi, menciptakan regulasi, memastikan kualitas pelayanan, hingga memastikan keberlangsungan pelayanan. Berdasarkan rekomendasi tersebut, maka untuk melakukan pemerataan akses layanan kesehatan dibutuhkan dukungan politik dari pemerintah (WHO, 2008). Dukungan politik tersebut diwujudkan dalam regulasi yang memungkinkan implementasi metode yang dikembangkan pada daerah yang membutuhkan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat.

Uraian dan penjelasan pada bagian sebelumnya dituangkan pada tabel SWOT berikut:

Tabel 1.2. Analisis SWOT

<p style="text-align: center;">Strength</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memiliki visi kemanusiaan yang jelas dan dapat diterima oleh berbagai kalangan (universal) • Memiliki jejaring yang kuat baik dalam hal donatur dana, maupun sukarelawan (termasuk dokter spesialis yang berpengalaman) • Merupakan model awal pelayanan rumah sakit apung di Indonesia • Dapat memberikan pelayanan kesehatan di berbagai daerah karena dapat berpindah – pindah sehingga memudahkan untuk penjangkauan di DTPK 	<p style="text-align: center;">Weakness</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keterbatasan jumlah SDM dengan kualifikasi yang sesuai • Kebutuhan SDM sangat bergantung pada ketersediaan relawan • Tidak memiliki dana yang cukup besar dan rutin untuk menjalankan operasional pelayanan rumah sakit apung • Kebutuhan dana masih sangat bergantung pada donatur
<p style="text-align: center;">Opportunity</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesehatan sebagai Hak Asasi Manusia dan kewajiban pemerintah untuk memenuhinya. Sudah ada usaha dan kebijakan pemerintah dalam mewujudkan pemerataan SDM kesehatan di Indonesia meskipun belum optimal. • Sejalan dengan kewajiban pemerintah dalam memenuhi hak atas kesehatan 	<p style="text-align: center;">Threat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belum ada landasan normatif dan model yang spesifik untuk pelaksanaan <i>task shifting</i> di bidang kesehatan. • Proses pembentukan atau perubahan regulasi yang seringkali terkendala birokrasi. • Akses yang sulit secara geografis

<p>bagi masyarakat, rumah sakit apung menjawab kebutuhan masyarakat dengan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada inisiatif masyarakat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan • Ada layanan rumah sakit apung di negara lain yang telah dilaksanakan • Pelayanan rumah sakit apung hingga saat ini selalu diterima dengan positif di setiap wilayah yang dilayani, baik dari masyarakat maupun pemerintah daerah setempat • Kemungkinan pembiayaan melalui mekanisme pengelolaan oleh BPJS bila ada standar yang sesuai 	<p>dan tantangan di DTPK seringkali menjadi hambatan dan risiko bagi SDM yang akan melayani baik dari faktor keuangan, keamanan, komunikasi, dan berbagai faktor lainnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kondisi fasilitas dan akses daerah pelayanan yang seringkali tidak ideal
---	--

Sumber: Hasil Penelitian, 2018-2021

Pada analisis SWOT tersebut didapatkan bahwa secara internal dijumpai berbagai faktor yang menjadi kekuatan untuk pengembangan model konseptual task shifting kader kesehatan di rumah sakit apung. Secara umum kekuatan yang dimiliki oleh rumah sakit apung adalah visi kemanusiaan yang dapat diterima secara universal, jejaring yang kuat, inovasi layanan, dan fleksibilitas untuk berpindah dan menjangkau berbagai daerah.

Visi kemanusiaan yang jelas dan dapat diterima oleh berbagai kalangan (universal) merupakan kekuatan yang besar dalam pengembangan layanan rumah sakit apung. Faktor ini memberikan kemudahan bagi rumah sakit apung dalam mengembangkan layanan untuk berbagai kalangan dan mengatasi berbagai hambatan seperti perbedaan – perbedaan yang mungkin timbul baik karena latar belakang kesukuan, agama, ras, maupun golongan tertentu. Hal ini tentu erat

kaitannya dengan kesehatan sebagai salah satu hak asasi manusia yang mendasar dan berlaku secara universal. Hak dan kebutuhan layanan kesehatan menempati prioritas yang tinggi karena berhubungan dengan keberlangsungan hidup manusia dan komunitas.

Visi kemanusiaan yang dimiliki oleh rumah sakit apung (Yayasan Dokter Peduli) dituliskan dan dirumuskan dengan jelas ke dalam misi dan nilai – nilai yang dianut. Perumusan ini juga tidak lepas dari semangat awal berdirinya yayasan tersebut untuk dapat memberikan layanan kesehatan yang merata bagi masyarakat yang membutuhkan. Penggagas Yayasan Dokter Peduli, dr. Lie Dharmawan, bukan hanya menanamkan nilai – nilai tersebut secara tertulis, tetapi juga memberikan teladan hidup dalam menjalankannya.

Faktor kunci yang juga menjadi kekuatan rumah sakit apung adalah jejaring pelayanan yang kuat. Dalam menjalankan usaha kemanusiaan, khususnya dalam bidang kesehatan tentu membutuhkan sumber daya yang besar baik dalam hal dana maupun sumber daya manusia. Pencapaian tujuan tersebut akan terhalang bila dikerjakan hanya oleh kalangan tertentu. Kolaborasi dan jejaring merupakan faktor kunci yang bukan hanya dibentuk, tetapi juga perlu dipertahankan untuk menjaga kesinambungan layanan yang dikerjakan.

Seiring dengan berjalannya pelayanan rumah sakit apung secara bertahun – tahun, jejaring yang dimiliki juga bertumbuh semakin kuat. Saat ini Yayasan Dokter Peduli telah memiliki jejaring baik dalam hal dana

maupun sukarelawan. Jejaring tersebut bukan hanya dibentuk untuk waktu yang singkat, tetapi juga dipertahankan untuk menjaga kesinambungan pelayanan rumah sakit apung. Salah satu wujud nyata kesinambungan pelayanan rumah sakit apung dengan dukungan jejaring adalah penambahan jumlah rumah sakit apung yang awalnya hanya satu RSA dr. Lie Dharmawan, menjadi tiga buah rumah sakit apung dengan adanya tambahan RSA Nusa Waluya I dan RSA Nusa Waluya II.

Usaha – usaha untuk menambah dan mempertahankan jejaring terus dilakukan dengan berbagai cara. Laporan perkembangan terus dibuat secara transparan dan diinformasikan kepada jejaring yang ada. Selain itu, kegiatan dan perkembangan terkait rumah sakit apung juga terus disampaikan kepada orang – orang yang belum mengetahui atau belum mengenal kegiatan rumah sakit apung yang dikelola oleh Yayasan Dokter Peduli. Acara – acara rutin yang dilakukan termasuk kunjungan ke rumah sakit apung, pertemuan rutin, juga kegiatan – kegiatan melalui media sosial. Acara tersebut selain untuk memperkenalkan rumah sakit apung juga dimanfaatkan untuk penggalangan dana.

Selain kegiatan yang dilakukan untuk menginformasikan hal – hal terkait rumah sakit apung, jejaring juga dipertahankan melalui keterlibatan langsung sukarelawan dalam pelayanan rumah sakit apung. Setiap pelayanan yang dilakukan oleh rumah sakit apung selalu membuka kesempatan bagi banyak orang untuk terlibat secara langsung dalam pelayanan kesehatan tersebut sebagai sukarelawan. Keterlibatan secara

langsung akan memberikan pengalaman tersendiri bagi para sukarelawan dan diharapkan pengalaman tersebut dapat menumbuhkan rasa kebersamaan dan kesamaan visi bagi pelayanan kemanusiaan yang dilakukan.

Keterlibatan sukarelawan di rumah sakit apung juga tidak bersifat eksklusif untuk golongan atau profesi tertentu. Sukarelawan yang terlibat berasal dari latar belakang yang berbeda, termasuk dari profesi – profesi yang beraneka ragam. Dokter spesialis, dokter umum, perawat, dan apoteker merupakan beberapa profesi kunci dalam pelayanan kesehatan, tetapi rumah sakit apung juga melibatkan sukarelawan dari profesi lain untuk mengelola layanan, terlibat dalam media komunikasi dan informasi, melakukan penyuluhan dan pendidikan kepada masyarakat, serta berbagai kegiatan lain yang menjadi rangkaian dalam pelayanan rumah sakit apung di tengah masyarakat.

Inovasi juga merupakan faktor kunci yang menjadi kekuatan bagi rumah sakit apung dalam menjawab kebutuhan kesehatan di tengah masyarakat yang membutuhkan. Yayasan Dokter Peduli merupakan penggagas pertama pelayanan rumah sakit apung yang diselenggarakan oleh pihak swasta. Sejarah rumah sakit apung umumnya digunakan oleh militer dalam kondisi perang atau bencana. Keterlibatan pihak swasta dalam pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan khususnya di DTPK merupakan hal yang positif bagi berbagai kalangan baik pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun masyarakat setempat. Hadirnya rumah sakit

apung yang dikelola oleh pihak swasta akan membantu pemerintah baik dalam hal pembiayaan kesehatan maupun pemenuhan tenaga kesehatan di daerah – daerah yang membutuhkan. Selain itu, kehadiran rumah sakit apung yang dikelola oleh pihak swasta juga tidak akan mengganggu birokrasi sistem kesehatan yang sudah ada.

Fleksibilitas rumah sakit apung sebagai rumah sakit bergerak yang dapat berpindah lokasi dalam waktu yang relatif singkat juga merupakan faktor kekuatan yang baik. Faktor geografis merupakan salah satu faktor yang menghambat pemerataan layanan kesehatan, tetapi rumah sakit apung merupakan jawaban dari permasalahan tersebut. Bentuk rumah sakit apung yang memanfaatkan perahu sebagai fasilitas layanan kesehatan dapat dengan mudah menjangkau berbagai wilayah khususnya yang dibatasi oleh perairan. Hal ini dapat dimanfaatkan baik bagi pelayanan di DTPK maupun kebutuhan layanan kesehatan atau kemanusiaan yang sifatnya darurat seperti layanan kesehatan pada kondisi bencana. Fleksibilitas pergerakan rumah sakit apung juga memberikan kelebihan lain berupa sistem “jemput bola” dimana layanan kesehatan yang mendatangi masyarakat yang membutuhkan. Dalam hal ini bukan hanya individu (dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan lain yang hadir seorang diri), tim (beberapa tenaga kesehatan), tetapi keseluruhan tim beserta fasilitas layanan kesehatan dapat hadir di tengah masyarakat yang memiliki keterbatasan akses.

Dalam menjalankan layanan kesehatan rumah sakit apung juga memiliki beberapa kendala utama. Saat ini beberapa hal yang diidentifikasi sebagai kendala utama dalam penyelenggaraan rumah sakit apung adalah keterbatasan jumlah sumber daya manusia dengan kualifikasi yang sesuai, ketergantungan pada ketersediaan relawan, besarnya dana operasional yang dibutuhkan, dan donatur yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dana tersebut.

Bentuk layanan rumah sakit apung yang bersifat sementara menyebabkan ketersediaan sumber daya manusia menjadi terbatas secara relatif untuk setiap pelayanan. Hal ini mungkin disebabkan oleh sifat pekerjaan yang tidak pasti dalam jangka waktu panjang. Konsekuensi yang harus dihadapi adalah setiap pelayanan memerlukan pemberdayaan sukarelawan yang pasti akan berbeda untuk setiap aktivitas. Dalam hal pelayanan kesehatan yang dilakukan keterbatasan sukarelawan bukan hanya terjadi dalam hal kuantitas, tetapi juga kualifikasi sukarelawan yang spesifik khususnya untuk profesi tertentu seperti dokter spesialis.

Pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia dalam menjalankan pelayanan rumah sakit apung sangat bergantung pada ketersediaan relawan. Hal ini menjadi faktor yang dinilai sebagai kelemahan dalam pelaksanaan layanan rumah sakit apung karena adanya ketidakpastian baik dalam hal jumlah maupun jenis profesi. Faktor tersebut coba diantisipasi dengan adanya daftar sukarelawan dan perencanaan kegiatan

tahunan yang telah disampaikan sejak awal, tetapi kondisi keterbatasan tetap tidak dapat dihindari dalam pelaksanaannya.

Biaya rumah sakit apung dalam pelayanan kesehatan sangatlah besar. Dengan sifat layanan yang non-profit, beban biaya tersebut menjadi faktor yang menjadi kelemahan atau hambatan bagi rumah sakit apung. Beban biaya tersebut bukan hanya terjadi karena pengeluaran saat pelayanan kesehatan dilaksanakan, tetapi juga dengan layanan kesehatan yang gratis maka dari sisi penghasilan untuk setiap pelayanan kesehatan juga tidak ada.

Beban biaya operasional tersebut dipenuhi dari berbagai kegiatan pengumpulan dana dan donatur. Hal ini tentu menjadi kelemahan bagi rumah sakit apung karena sifat donatur dan pengumpulan dana tidak memberikan jaminan pemenuhan kebutuhan yang berkesinambungan. Peran aktif dalam hal pengumpulan dana dan pembentukan jejaring donatur menjadi hal yang sangat penting untuk mengatasi kelemahan tersebut.

Selain kelemahan internal dalam pengelolaan rumah sakit apung, tantangan yang terjadi dari kondisi eksternal juga perlu diperhatikan. Secara umum ada dua tantangan besar yang perlu diantisipasi oleh rumah sakit apung, yaitu faktor regulasi yang belum ada dan proses birokrasi di Indonesia, serta faktor geografis dan disparitas layanan kesehatan yang ada saat ini.

Saat ini belum ada landasan normatif dan model yang spesifik untuk pelaksanaan *task shifting* di bidang kesehatan. Landasan normatif yang ada saat ini baru mengatur secara luas terkait layanan kesehatan, rumah sakit bergerak yang pada pelaksanaannya lebih banyak dikelola oleh pemerintah. Sebagai negara hukum tentunya landasan normatif ini sangat penting dalam memberikan jaminan terhadap kepastian hukum di Indonesia. Hambatan dalam pembentukan landasan normatif tersebut juga erat kaitannya dengan model *task shifting* yang belum dijumpai secara spesifik di Indonesia.

Permasalahan terkait peraturan yang berlaku tentunya dapat teratasi bila prosedur hukum dapat berkembang seiring dengan berkembangnya kebutuhan dan perubahan dalam pelaksanaan layanan kesehatan di masyarakat. Namun, proses pembentukan atau perubahan regulasi tentu memerlukan proses birokrasi dan waktu yang lama. Hal ini disebabkan oleh perlunya prinsip kehati-hatian dalam menentukan kebijakan yang berpengaruh terhadap hajat hidup banyak orang.

Hambatan besar dalam pelayanan kesehatan di DTPK termasuk layanan rumah sakit apung adalah kondisi geografis yang beragam. Indonesia negara yang memiliki kondisi geografis sangat beragam mulai dari pegunungan, rawa, dan perairan. Kondisi tersebut mengakibatkan berbagai tantangan seperti akses infrastruktur yang belum menjangkau dengan baik setiap wilayah yang berpenduduk, akses telekomunikasi yang juga belum dapat hadir di setiap daerah, serta kondisi keamanan

yang tidak optimal hingga di daerah terpencil. Kesulitan – kesulitan tersebut akan menjadi faktor penghambat yang besar bagi sumber daya manusia yang ingin melayani di DTPK karena risiko yang tinggi dibandingkan dengan pelayanan kesehatan di urban.

Faktor lain yang juga menjadi tantangan dalam pelayanan kesehatan di DTPK adalah kondisi fasilitas dan akses daerah pelayanan yang seringkali tidak ideal. Belum adanya layanan kesehatan tingkat lanjut di berbagai daerah juga menyebabkan belum tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang sesuai dengan standar, misalnya belum tersedia fasilitas laboratorium yang baik, belum tersedianya fasilitas kamar operasi dengan standar yang sesuai, dan berbagai kondisi fasilitas layanan kesehatan lainnya yang tidak ideal. Kondisi yang tidak ideal tersebut menjadi tantangan tersendiri karena menyebabkan layanan kesehatan dengan standar yang baku di kondisi normal belum tentu dapat dilaksanakan sesuai standar atau memerlukan modifikasi layanan sesuai dengan kondisi setempat. Hal ini tentu saja akan meningkatkan risiko baik bagi tenaga kesehatan, pengelola, maupun masyarakat yang dilayani.

Faktor eksternal tidak hanya menjadi hambatan, tetapi juga memberikan peluang bagi pengembangan layanan kesehatan rumah sakit apung di DTPK. Kesempatan yang dapat dimanfaatkan antara lain kesehatan sebagai hak asasi manusia yang pemenuhannya dijamin oleh undang – undang, kehadiran rumah sakit apung yang menjawab kebutuhan masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas dan

merata, adanya inisiatif masyarakat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan mereka, adanya bukti manfaat layanan rumah sakit apung yang telah dilaksanakan di negara lain, respon masyarakat dan berbagai pihak yang menerima dengan baik layanan rumah sakit apung yang telah berjalan hingga saat ini, serta adanya kemungkinan pembiayaan melalui BPJS sesuai standar yang ditetapkan.

Kesehatan sebagai hak asasi manusia merupakan hal yang diakui secara universal. Dalam konteks bernegara, jaminan terhadap kesehatan merupakan kewajiban pemerintah untuk memenuhinya. Di Indonesia, masih dijumpai disparitas layanan kesehatan yang disebabkan oleh berbagai faktor, tetapi pemerintah telah melakukan berbagai usaha untuk mengatasi permasalahan tersebut melalui berbagai program yang dilakukan seperti pendayagunaan sumber daya manusia di bidang kesehatan sebagai Pegawai Tidak Tetap, Penugasan Khusus, Nusantara Sehat, serta berbagai usaha lainnya.

Hadirnya inisiatif dari sektor swasta untuk membantu pemenuhan terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata tentunya sejalan dengan upaya pemerintah dalam memenuhi hak atas kesehatan bagi masyarakat. Rumah sakit apung menjawab kebutuhan masyarakat terkait disparitas layanan kesehatan yang terjadi di Indonesia. Selain usaha pemerintah, layanan kesehatan rumah sakit apung juga sejalan dengan berbagai inisiatif masyarakat dalam memenuhi kebutuhan kesehatan mereka.

Bukti layanan rumah sakit apung dan *task shifting* di bidang kesehatan juga telah dilakukan di negara lain. Adanya pelaksanaan di negara lain tentu dapat mendukung penerapan yang sesuai di Indonesia. Kita dapat belajar dan melakukan evaluasi serta penyesuaian terhadap layanan yang akan dikembangkan di Indonesia.

Salah satu kesempatan yang dapat menjawab kelemahan yang dihadapi oleh rumah sakit apung adalah pembiayaan yang mungkin dapat dikolaborasikan dengan sistem Jaminan Kesehatan Nasional melalui pengelolaan BPJS. Saat ini faktor pembiayaan kesehatan menjadi salah satu target pemerintah dalam RPJMN 2019-2024. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) mengembangkan pola pembiayaan kesehatan berdasarkan standar pelayanan yang ada. Pengembangan model konseptual *task shifting* kader kesehatan akan melingkupi pembentukan standar pelayanan dan jaminan mutu layanan kesehatan sehingga advokasi terhadap pihak BPJS Kesehatan untuk pembiayaan kesehatan merupakan salah satu hal yang dapat dilakukan. Bila kesempatan ini dapat dioptimalkan, maka salah satu kelemahan besar dari pelaksanaan rumah sakit apung dapat teratasi dengan baik.

Berdasarkan analisis SWOT, maka didapatkan beberapa gambaran strategi yang dapat dikembangkan khususnya optimalisasi kekuatan untuk memanfaatkan peluang (strategi Strength-Opportunity/SO) dan mengantisipasi ancaman (strategi Strength-Weakness/SW), serta strategi untuk meminimalkan kelemahan dengan memanfaatkan peluang (strategi

Weakness-Opportunity/WO) dan meminimalkan ancaman (strategi Weakness-Threat/WT).

Strategi SO Dapat dikembangkan dengan mengacu pada ada sisi kemanusiaan dan pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan melalui Rumah Sakit apung yang sejalan dengan kewajiban dan usaha pemerintah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Adanya jejaring yang dimiliki oleh Yayasan dokter peduli baik untuk donatur dana maupun sukarelawan akan membantu pemerintah dalam mengatasi permasalahan disparitas distribusi tenaga kesehatan yang terjadi, khususnya di DTPK. Adanya jejaring dalam hal dana juga dapat dikolaborasikan dengan kemungkinan penjaminan oleh BPJS Kesehatan. hal ini akan bermanfaat untuk kedua belah pihak yaitu Rumah Sakit apung dan pemerintahan. Rumah sakit apung terbantu dalam hal dan biaya operasional sedangkan pemerintah ah juga dapat memberikan jaminan pembiayaan kesehatan yang baik melalui sistem BPJS Kesehatan yang sudah ada.

Strategi WO dapat berfokus pada permasalahan kurangnya sumber daya manusia yang dimiliki oleh rumah rakit apung, sementara dari segi kesempatan dijumpai adanya inisiatif masyarakat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan mereka. Bila hal tersebut dapat disinergikan maka kelemahan rumah sakit apung dan peluang dari masyarakat terkait sumber daya manusia dapat dimanfaatkan dan diberdayakan dengan baik untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat tersebut. Hal ini tentu

akan memberikan simbiosis yang baik untuk kedua belah pihak. strategi ini juga dapat memanfaatkan peluang penjaminan biaya kesehatan oleh BPJS Kesehatan serupa dengan strategi SO yang telah dijabarkan sebelumnya.

Strategi ST dapat dikembangkan dengan melihat adanya kekuatan jejaring rumah sakit apung dan penerimaan yang baik di tengah masyarakat. Selain itu, sebagai model pertama yang dikembangkan untuk tas shifting pada layanan kesehatan di Indonesia, tentunya dapat dimanfaatkan juga untuk pengembangan landasan normatif atau peraturan yang terkait dengan hal tersebut. strategi lain yang juga termasuk dalam kategori ini adalah pemanfaatan rumah sakit apung yang dikategorikan sebagai rumah sakit bergerak untuk dapat menjangkau masyarakat dengan akses kesehatan yang minimal seperti di DTPK. Rumah sakit apung memiliki potensi yang besar untuk menjangkau masyarakat DTPK khususnya masyarakat di daerah kepulauan mengingat Indonesia memiliki 17.504 pulau dan luas wilayah perairan mencapai 5,8 juta km² atau 75% dari total luas wilayah Indonesia (Badan Pusat Statistik, 2017). Hal tersebut akan menjawab tantangan terkait dengan akses geografis yang sulit.

Strategi WT merupakan strategi yang yang relatif sulit untuk dikembangkan dalam konteks ini. Salah satu usaha yang dapat dilakukan untuk meminimalisir kelemahan maupun mengantisipasi tantangan yang

dapat muncul dari eksternal adalah pembenahan manajemen rumah sakit apung serta peningkatan komunikasi yang baik dalam pelaksanaannya.

Didasarkan pada uraian latar belakang dan analisis kondisi yang ada, penelitian ini berusaha untuk membuat model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan rumah sakit apung untuk menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan di DTPK.

1.2. Fokus Penelitian

Berdasarkan uraian dan penjelasan pada bagian latar belakang penelitian, maka yang menjadi fokus penelitian adalah:

1. Mengembangkan model manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan rumah sakit apung untuk menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan di DTPK
2. Luasnya DTPK dan jenis rumah sakit bergerak memerlukan sumber daya yang sangat besar untuk diteliti, oleh karena itu peneliti menetapkan lokus penelitian berdasarkan jenis rumah sakit bergerak. Jenis rumah sakit yang menjadi lokus penelitian adalah rumah sakit bergerak dalam bentuk kapal laut atau sejenisnya. Pemilihan tersebut didasarkan oleh dominasi wilayah geografis Indonesia yang mayoritas merupakan wilayah perairan dengan jumlah pulau yang sangat banyak.
3. Metode penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan pembentukan model menggunakan *Soft System Methodology*.

1.3. Rumusan masalah

Berdasarkan permasalahan yang terdapat pada latar belakang, maka permasalahan yang bisa dibahas adalah:

1. Bagaimana manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung saat ini?
2. Kendala apa saja yang dijumpai terkait manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung?
3. Variabel apa saja yang perlu dipertimbangkan dalam manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung?
4. Bagaimana model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan rumah sakit apung untuk menjamin kesinambungan layanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan di Indonesia?

1.4. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui gambaran menyeluruh, mengkaji, serta menganalisis model manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung untuk pelayanan kesehatan di DTPK.
2. Mengetahui kendala – kendala apa saja yang dijumpai terkait manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung

3. Menghasilkan formulasi variabel yang perlu dipertimbangkan dalam manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung
4. Menciptakan model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan rumah sakit apung untuk pelayanan kesehatan di DTPK

1.5. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis
 - a. Mengembangkan literatur manajemen alih tugas SDM layanan kesehatan di DTPK
 - b. Menjadi titik tolak baru bagi penelitian dalam bidang manajemen layanan kesehatan di DTPK
2. Manfaat Praktis
 - a. Menciptakan cetak biru model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan rumah sakit apung bagi pemangku kepentingan terhadap layanan kesehatan di DTPK, yaitu:
 - (1) Pemerintah / penentu kebijakan
 - (2) Pengelola layanan kesehatan di DTPK
 - (3) Organisasi profesi terkait
 - b. Model tersebut diharapkan dapat menyelesaikan permasalahan SDM untuk layanan kesehatan di DTPK

- c. Dalam perkembangannya model tersebut dapat juga dikembangkan lebih lanjut untuk profesi / peran lain; lokus yang berbeda; serta peningkatan skala.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, PROPOSISI

2.1. Kajian Pustaka

2.1.1. Teori Manajemen

Manajemen telah dipraktekkan sejak lama sebagai upaya terorganisir yang diarahkan dalam kegiatan perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian (Robbins, 2017). Dalam perkembangannya teori manajemen telah berkembang setidaknya melalui 4 teori besar yaitu manajemen berdasarkan pendekatan klasik (*Classical Approaches*), pendekatan perilaku (*Behavioral Approaches*), pendekatan kuantitatif (*Quantitative Approaches*), dan pendekatan kontemporer (*Contemporary Approaches*). Henri Fayol, seroang tokoh di bidang manajemen menyatakan bahwa manajemen merupakan pengetahuan tersendiri yang dapat dipelajari dan diajarkan, serta merupakan suatu kebutuhan untuk diajarkan di universitas. (Ivancevich, 2018).

Manajemen administrasi kesehatan menurut Commission on Education for Health Services Administration, "*health services administration (management) is planning, organizing, directing, controlling, and coordinating the resources and procedures by which needs and demands for health and medical care and a healthful environment are fulfilled by the provision of specific services to individual clients,*

organizations, and communities” (Beaufort Longest dan Kurt Darr ,2014). Bila diterjemahkan secara bebas, manajemen pelayanan kesehatan adalah perencanaan, organisasi, pengarahan, pengendalian, dan koordinasi sumber daya dan prosedur yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan dan lingkungan yang sehat untuk pelayanan pada klien perseorangan, organisasi, dan komunitas.

Harold Koontz mengemukakan definisi *management is the process, composed of interrelated social and technical functions and activities (including roles), occurring in a formal organizational setting for the purpose of accomplishing predetermined objectives through the utilization of human and other resources* (Beaufort Longest dan Kurt Darr, 2014). Bila diterjemahkan secara bebas, manajemen adalah suatu proses, yang terdiri dari fungsi sosial dan teknis yang saling terkait dan aktivitas, terjadi dalam sebuah organisasi formal untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya.

Hari Singh (2018) menyatakan bahwa, *Management, in the context of healthcare organizations, can be defined as the science and art of guiding the human and physical resources of an organization toward satisfying the health related needs and expectations* of the clients.* Manajemen dalam konteks organisasi layanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai ilmu dan seni yang membimbing orang dan sumber daya fisik yang dimiliki oleh organisasi untuk memenuhi ekspektasi klien yang terkait dengan kesehatannya.

Seorang manajer rumah sakit harus memastikan bahwa klien menerima terapi yang sesuai dan mereka benar-benar puas dengan layanan yang diterima (Singh, 2018). Untuk mencapai hal tersebut manajer harus memastikan bahwa setiap staf yang terlibat ramah, tidak kompromi dengan keamanannya atas dasar apa pun, secara teknis harus kompeten untuk memberikan layanan klinis yang berkualitas kepada klien. Seorang manajer juga harus memastikan bahwa lingkungan kerja dalam organisasi tersebut baik dan kondusif sehingga setiap staf dapat bekerja dengan motivasi yang tinggi.

Dalam proses menyediakan layanan, sumber daya dimanfaatkan, yang dalam kaitannya dengan rumah sakit termasuk sumber daya manusia, obat-obatan, instrumen steril, peralatan, ruang konsultasi, tempat tidur pasien, kamar operasi, komputer, listrik, dan air. Hal penting yang harus diperhatikan oleh seorang manajer rumah sakit adalah untuk memastikan setiap sumber daya tersebut dimanfaatkan dengan efektif dan efisien. Mereka harus memahami dengan jelas perbedaan antara efektif dan efisien. Efektif adalah derajat dimana hasil yang diharapkan dapat tercapai. Efisien artinya pengukuran antara rasio output dengan input, misalnya rasio yang terkait dengan lama rawat pasien, semakin cepat waktu perawatan pasien dan semakin cepat pergantian pasien, maka semakin banyak pasien yang dapat dirawat dengan menggunakan jumlah tempat tidur yang sama. Hal tersebut akan mendorong peningkatan keuntungan dan tingginya efisiensi. Sebaliknya, bila banyak

tempat tidur yang kosong dan tidak banyak pasien yang membutuhkan perawatan, maka rumah sakit tidak dapat memperoleh keuntungan finansial dengan berkurangnya lama rawat pasien. Hanya dengan tingginya penggunaan tempat tidur, efisiensi terhadap lamanya perawatan pasien dapat memberikan manfaat finansial bagi sebuah rumah sakit.

Hal yang juga penting bagi seorang manajer adalah peningkatan keuntungan organisasi. Dalam konteks ini, ada dua kemungkinan yang besar, yaitu usaha-usaha yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pemanfaatan layanan dan penghematan biaya untuk menjalankan layanan-layanan tersebut. Sebuah rumah sakit memperoleh proporsi yang besar dari keuntungannya melalui kamar operasi, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, farmasi, dan unit rawat intensif. Unit-unit tersebut digolongkan sebagai pusat keuntungan atau *profit center* dari sebuah rumah sakit. Harus diingat juga bahwa klinik rawat jalan dan tempat tidur pasien rawat inap tidak memberikan keuntungan finansial secara langsung, tetapi unit – unit tersebut sangat penting karena berfungsi dalam mendukung layanan dari setiap pusat keuntungan atau *profit center*. Sebagian besar pasien menerima layanan rawat inap melalui poliklinik, dan sebagian besar pasien yang memerlukan operasi atau pembedahan telah dilakukan rawat inap terlebih dahulu. Hal tersebut menggambarkan bahwa pusat keuntungan memiliki ketergantungan pada layanan rawat jalan dan rawat inap.

Kepastian mutu dari layanan juga sangat penting untuk keberlangsungan sebuah rumah sakit. Seorang manajer perlu memastikan bahwa hasil pengobatan sesuai dengan standar nasional maupun internasional, jadi seorang manajer rumah sakit harus memiliki pertimbangan yang baik terkait efektivitas, efisiensi mutu pelayanan di rumah sakit, dan kepuasan klien.

Manajer pada umumnya bertanggung jawab untuk mengelola fungsi sehari-hari dari suatu organisasi, fasilitas, program, atau suatu aktivitas. Tiga fungsi utama yang dilakukan oleh sebagian besar manajer adalah perencanaan implementasi dan evaluasi (Singh, 2018). Dalam menjalankan ketiga fungsi tersebut, terdapat sebuah siklus manajemen yang terdiri dari perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Uraian siklus manajemen tersebut pertama adalah penyusunan rencana, dan kemudian dilakukan implementasi. Pada proses implementasi, kita melakukan monitoring dan supervisi untuk memastikan aktivitas-aktivitas dilakukan dengan baik sesuai dengan perencanaan. Bila terjadi penyimpangan dari rencana semula, maka dilakukan identifikasi dan koreksi. Setelah aktivitas diselesaikan, evaluasi dilakukan untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah tercapai. Berdasarkan temuan tersebut, program dapat dilanjutkan atau dilakukan revisi. Rencana awal atau rencana yang telah dilakukan revisi kembali diimplementasikan dan siklus manajemen dilanjutkan kembali.

Siklus manajemen tidak hanya berguna saat memulai sebuah organisasi baru atau memulai sebuah program baru, tetapi siklus ini juga relevan pada kehidupan kita sehari-hari. Sebagai contoh, untuk menyelesaikan sebuah masalah, kita merencanakan beberapa intervensi, kemudian mencoba melaksanakannya, dan mengamati dengan sungguh-sungguh apakah intervensi tersebut dapat bekerja dengan baik atau tidak. Jika tidak, kita melakukan tindakan koreksi yang diperlukan atau mencoba pendekatan yang berbeda.

Hari Singh (2018) menyatakan bahwa manajemen adalah sebuah ilmu dan seni. Sebuah contoh bila terjadi kepadatan sebagai isu pada *front office* rumah sakit, kita dapat menentukan secara ilmiah jumlah karyawan yang diperlukan pada *front office* tersebut untuk menghindari antrian klien atau pasien lebih dari 5 menit di jalur antrian. Sebuah penelitian matematik terhadap antrian dapat dilakukan sebagai aplikasi dari teori antrian.

Untuk alasan yang jelas, kehabisan stok obat esensial dapat menjadi sebuah bencana bagi rumah sakit. Pada sisi sebaliknya, jumlah obat yang tersimpan dalam jumlah yang besar, menghambat perputaran uang, dan membutuhkan pemeliharaan. Terdapat beberapa metode ilmiah untuk menentukan jumlah obat yang harus dibeli pada suatu waktu tertentu dan pada interval berapa lama pemberian obat tersebut menjadi efektif pada pola-pola tertentu.

Pada layanan klinis sebagai pelayanan utama yang dilakukan oleh rumah sakit, kaidah ilmiah juga dapat diterapkan. Waktu antara tindakan pembedahan merupakan determinan yang penting pada layanan operasi yang efisien. Hal tersebut juga dapat diukur dan diturunkan dengan menggunakan prinsip-prinsip ilmiah.

Di sisi yang lain, manajemen memiliki komponen seni yang kuat (Singh, 2018). Beberapa manajer menjaga kehidupan dan suasana lingkungan kerja dalam organisasi. Mereka bekerja dengan hubungan yang dekat oleh para staf dan memfasilitasi pembentukan tim. Pada beberapa tim tertentu, karyawan saling mendukung satu dengan yang lain dan menikmati kebersamaan mereka, bahkan staf yang mudah emosi dapat menikmati kebersamaan tersebut. Hal yang serupa juga terjadi di pada beberapa manajer yang memiliki kemampuan khusus untuk berhadapan dengan pasien yang reaktif. Bukan Hanya mereka menenangkan pasien, tetapi mereka dapat mengubah pasien tersebut menjadi pasien yang loyal. Manajer tersebut menguasai seni mengelola orang. Sementara pemanfaatan ilmu atau metode ilmiah menghasilkan optimalisasi atau utilisasi dalam sebuah organisasi, pemanfaatan seni mendatangkan positivisme dan kebahagiaan dalam lingkungan kerja dan mereka saling melengkapi satu dengan yang lain.

Hal yang menarik dari sejarah manajemen adalah aplikasi sistematis pertama dari teori dan prinsip manajemen diterapkan pertama kali bukan pada perusahaan bisnis, tetapi pada sektor publik. Berdasarkan

definisi dan prinsip-prinsip yang telah dijabarkan, maka penerapan ilmu manajemen dalam perumahsakitannya adalah dengan memanfaatkan dan mengembangkan potensi sumber daya yang dimiliki untuk menyelesaikan pekerjaan dengan tahapan kegiatan yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian.

2.1.1.1. Teori Organisasi

Organisasi adalah sebuah wadah untuk mencapai tujuan melalui berbagai kegiatan orang-orang untuk mencapai tujuan bersama. Dalam organisasi penting untuk diketahui dengan jelas tugas, wewenang dan tanggung jawab, hubungan dan tata kerja. Pengertian yang demikian disebut organisasi yang statis, karena melihat organisasi hanya berdasarkan strukturnya. Di samping itu terdapat pengertian organisasi yang bersifat dinamis. Pengertian ini organisasi dilihat berdasarkan dinamika, aktivitas atau tindakan dari pada tata hubungan yang terjadi di dalam organisasi itu, baik yang bersifat formal maupun informal.

Menurut Robbins (2017) organisasi adalah kesatuan (*entity*) sosial yang dikoordinasikan secara sadar, dengan sebuah batasan yang relatif dapat diidentifikasi, yang bekerja atas dasar yang relatif terus menerus untuk mencapai suatu tujuan bersama atau sekelompok tujuan. Dessler (2016) menyampaikan definisi organisasi secara sederhana adalah kelompok orang dengan peran tertentu yang bekerja sama untuk mencapai tujuan organisasi.

Sebuah organisasi dapat terbentuk karena dipengaruhi oleh beberapa aspek seperti penyatuan visi dan misi dan tujuan yang sama dengan perwujudan eksistensi sekelompok orang kepada masyarakat. Sebuah organisasi dianggap baik adalah organisasi yang dapat diakui oleh masyarakat sekitar, karena memberikan kontribusi seperti; membuat sumber daya manusia dalam masyarakat sebagai anggota sehingga mengurangi pengangguran

Orang-orang yang berada di suatu organisasi memiliki hubungan yang berkelanjutan. Rasa koneksi, bukan berarti keanggotaan seumur hidup. Namun sebaliknya, organisasi menghadapi perubahan konstan dalam anggota masing-masing, meskipun pada saat mereka menjadi anggota, orang-orang dalam organisasi untuk berpartisipasi dalam relatif tertib.

Dalam dunia bisnis, budaya organisasi merupakan topik yang terus ada dan berkembang. Peters dan Waterman (dalam Machado, 2018) menulis mengenai 500 perusahaan terbaik menurut Forbes yang memiliki budaya organisasi yang kuat sebagai salah satu resep rahasia untuk sukses melalui peningkatan kinerja organisasi. Pada tahun 2001, Peters mengakui bahwa perusahaan yang salah telah dipilih dan mereka tidak lagi sukses, seperti Atari dan Wang, dan teori budaya organisasi seperti mengalami kemunduran. Satu dekade kemudian budaya organisasi kembali dikutip sebagai kunci kesuksesan bisnis, contohnya pada kasus Zappos. Pendiri Zappos, Tony Hsieh, mempercayai bahwa organisasi

perlu dibangun dalam budaya organisasi yang baik dan sukses tidak akan terhindarkan. Ia melihat budaya bertanggung jawab pada kegagalan bisnis sebelumnya. Ia memiliki kebijakan bila selama hari-hari dan minggu awal pelatihan induksi karyawan baru tidak merasa bahwa mereka siap untuk berkomitmen terhadap cara kerja Zappos, maka mereka akan dibayar 2.000 Dolar untuk pergi. Dengan cara ini ia memastikan bahwa hanya karyawan-karyawan yang sesuai dengan budaya tersebut yang bertahan. Kantornya juga dipenuhi dengan tanda-tanda dan simbol-simbol dari nilai-nilai utama perusahaan. Ia juga memiliki gaji yang tidak jauh di atas karyawannya, hal ini menunjukkan komitmennya pada budaya terlebih utama. Contoh-contoh tersebut menggambarkan bahwa budaya organisasi adalah teori yang terus ada dalam bidang manajemen, meskipun tidak selalu menjadi pusat perhatian.

Budaya bukan hanya dilihat dalam kesuksesan sebuah organisasi tetapi juga dilihat sebagai penyebab kegagalan sebuah bisnis (Machado, 2018). Dalam kasus merger, budaya organisasi adalah salah satu yang terbesar bila bukan yang terbesar, halangan untuk kesuksesan merger. Melihat kasus dari Daimler dan Chrysler, AOL dan Time Warner dan Pharmacia dan Upjohn, kita melihat budaya sebagai penyebab konflik dan kegagalan baik secara nasional maupun perbedaan budaya organisasi.

Banyak buku menunjukkan hubungan antara strategi dan budaya sebagai tabel berikut yang diadaptasi dari Pearce and Robinson (dalam Machado, 2018):

Tabel 2.1. Hubungan Strategi dan Budaya

		Potensi kecocokan perubahan dengan budaya yang ada	
		Tinggi	Rendah
Perubahan dalam faktor kunci organisasi yang diperlukan untuk implementasi strategi baru	Sedikit	Sinergistik – fokus pada memperkuat budaya	Mengelola dalam budaya yang ada
	Banyak	Menghubungkan perubahan dengan misi norma dasar organisasi	Formulasi ulang strategi atau mempersiapkan dengan hati-hati untuk kesulitan perubahan jangka panjang

Sumber: Machado, 2018

Dari hubungan tersebut didapatkan bahwa budaya tidak dapat beradaptasi terhadap strategi, sebaliknya strategi perlu menyesuaikan dengan budaya. Bila perubahan budaya diperlukan, maka organisasi dan manajemen harus bersiap untuk kesulitan perubahan jangka panjang. Oleh karena itu, budaya merupakan pertimbangan kunci dalam setiap organisasi baik dari sudut pandang teoritis maupun praktis.

Dari definisi diatas maka peneliti dapat menyimpulkan bahwa Organisasi adalah kesatuan dari seluruh kegiatan yang erat saling berkaitan antara setiap anggota yang ada di dalamnya secara terkoordinir dan memiliki tujuan tertentu.

2.1.2. Teori Manajemen Sumber Daya Manusia

Manajemen Sumber Daya Manusia merupakan salah satu bidang dari manajemen umum yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian. Dalam manajemen sumber daya manusia, pegawai adalah *asset* (kekayaan) utama instansi, sehingga

harus dipelihara dengan baik. Faktor yang menjadi perhatian dalam sumber daya manusia adalah manusia itu sendiri.

Manajemen sumber daya manusia berfungsi untuk mengembangkan karyawan dalam rangka mencapai tujuan dan sasaran individu maupun instansi. Pengertian manajemen sumber daya manusia menurut Ivancevich (2018) adalah proses pencapaian tujuan organisasi melalui mendapatkan, mempertahankan, memberhentikan, mengembangkan dan menggunakan/ memanfaatkan sumber daya manusia dalam suatu organisasi dengan sebaik-baiknya. Menurut Dessler (2020) manajemen sumber daya manusia adalah sebuah proses untuk mendapatkan, melatih, menilai, dan kompensasi karyawan serta perhatian pada hubungan kerja, kesehatan, keselamatan, serta keadilan di tempat kerja. Dapat dikatakan bahwa manajemen sumber daya manusia adalah serangkaian proses yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan terhadap sumber daya manusia dalam pencapaian tujuan organisasi yang selaras dengan tujuan individu dan masyarakat.

Manajemen sumber daya manusia sebagai bagian dari ilmu manajemen juga melakukan lima fungsi dasar, yaitu *planning*, *organizing*, *staffing*, *leading*, dan *controlling*. *Planning*, menetapkan tujuan dan standar; mengembangkan aturan dan prosedur; mengembangkan rencana dan dan prediksi. *Organizing*, memberikan setiap sub ordinat tugas spesifik; menetapkan departemen; delegasi otoritas kepada sub

koordinat; menetapkan jalur otoritas dan komunikasi; koordinasi kerja dari koordinat. *Staffing*, menentukan jenis orang yang perlu direkrut; proses rekrutmen calon karyawan; seleksi karyawan; menetapkan standar kinerja; kompensasi karyawan; evaluasi kinerja; konseling karyawan; latihan dan pengembangan karyawan. *Leading*, membuat orang menyelesaikan pekerjaannya; menjaga moral; memotivasi subordinat. *Controlling*, Menetapkan standar seperti kuota penjualan, standar mutu, atau tingkat produksi; memeriksa untuk melihat bagaimana kinerja aktual dibandingkan dengan standar tersebut; melakukan tindakan koreksi yang diperlukan.

Robbins (2017) dan Dessler (2020) mengemukakan bahwa perkembangan manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) terus mengalami perubahan seiring dengan perkembangan jaman dan dunia persaingan usaha. Sebagai bagian dari dunia usaha, manajemen SDM harus bersiap untuk menghadapi perubahan global, perubahan teknologi, keanekaragaman bentuk pekerjaan, kelangkaan SDM, perubahan kebutuhan keterampilan, inisiatif peningkatan yang berkesinambungan, dan berbagai hal lainnya. Selain itu, mereka juga menekankan bahwa manajemen SDM adalah bagian dari organisasi yang berfokus pada dimensi pekerja/karyawan dengan fungsi dasar dari manajemen SDM adalah *staffing, training and development, motivation, dan maintenance*. Dapat disederhanakan bahwa fungsi manajemen SDM adalah dalam

perekrutan SDM, mempersiapkan, memberi stimulasi, dan menjaga mereka.

Dessler (2020) menguraikan pentingnya manajemen sumber daya manusia untuk menghindari kesalahan perorangan, meningkatkan keuntungan dan kinerja. Pengetahuan manajemen sumber daya manusia akan membantu organisasi untuk menghindari kesalahan-kesalahan perorangan yang tidak ingin dilakukan selama pengelolaan. Pengetahuan tersebut juga dapat membantu kita untuk mencapai tujuan atau mendapatkan hasil melalui orang. Perlu diingat bahwa kita dapat melakukan segala sesuatu dengan benar sebagai seorang manajer seperti membuat perencanaan yang baik membuat struktur organisasi yang jelas, menyiapkan alur produksi yang baik dan menggunakan teknik akuntansi yang baik, tetapi tetap gagal secara sederhana, dengan merekrut orang yang salah atau tidak memotivasi subordinat. Sebaliknya, banyak manajer, dari yang umum sampai pada presiden atau supervisor, bisa mendapatkan kesuksesan bahkan tanpa perencanaan dan pengaturan organisasi yang cukup, karena mereka telah merekrut orang yang tepat untuk pekerjaan yang tepat dan memberikan motivasi, penilaian, dan mengembangkan mereka. Hasil yang baik adalah tujuan utama dari manajemen, dan sebagai manajer, kita dapat mendapatkan hasil tersebut melalui orang.

Faktor tersebut tidak berubah hingga saat ini. Seorang presiden dari sebuah perusahaan meringkas sebagai berikut, "Selama bertahun-

tahun dikatakan bahwa modal adalah *bottleneck* untuk mengembangkan sebuah industri. Saya tidak berpikir bahwa hal tersebut benar. Saya pikir tenaga kerja dan ketidakmampuan perusahaan untuk melakukan rekrutmen dan menjaga sumber tenaga kerja yang baik adalah penyebab terjadinya *bottleneck* dalam produksi. Saya tidak mengetahui adanya proyek besar yang didukung oleh ide baik, jelas dan antusiasme yang akhirnya terhenti karena keuangan. Saya tahu bahwa industri-industri yang berkembang dan telah mengalami sebagian penghentian atau terhambat karena mereka tidak dapat menjaga sumber daya manusia yang antusias dan efisien dan saya pikir hal ini akan semakin benar dalam masa yang akan datang.” Dengan adanya tantangan global dan tekanan ekonomi, maka pernyataan tersebut menjadi semakin benar saat ini (Dessler,2020).

Setiap manajer selalu berada dalam konteks sumber daya manusia, karena mereka semua terlibat dalam rekrutmen, wawancara, seleksi, dan pelatihan dari karyawan mereka. Salah satu konsekuensi terbesar dari kompetisi Global, trend ekonomi dan demografi dan peralihan ke teknologi canggih dan layanan jasa adalah pertumbuhan kebutuhan bagi pemberi kerja untuk mendapatkan hasil yang terbaik dari sumber daya manusia yang mereka miliki, yaitu dari pengetahuan karyawan, edukasi, pelatihan kemampuan, dan keahlian. Hal ini membutuhkan metode manajemen sumber daya manusia untuk meningkatkan kinerja karyawan dan *engagement* (Dessler, 2020).

Secara garis besar Dessler (2020) mengemukakan pilar manajemen sumber daya manusia terdiri dari:

1. Sumber daya manusia terdistribusi dan manajemen sumber daya manusia baru.

Berkembangnya teknologi menyebabkan proses manajemen sumber daya manusia tidak lagi hanya terpusat pada departemen sumber daya manusia, tetapi proses dan fungsi tersebut terdistribusi secara merata kepada manajer di setiap bagian.

2. Manajemen sumber daya manusia strategik.

Menurut Dessler (2020) manajemen sumber daya manusia strategik adalah formulasi dan eksekusi kebijakan sumber daya manusia dan praktik yang menghasilkan kompetensi karyawan dan dan tingkah laku yang ingin dicapai oleh perusahaan sebagai tujuan strategis.

3. Manajemen Kinerja dan sumber daya manusia

Manajemen kinerja dapat diterapkan pada beberapa tingkatan tuas (*lever*). Pertama, Tuas Departemen SDM, Manajer SDM memastikan bahwa manajemen sumber daya manusia berfungsi memberikan layanan secara efisien. Misalnya, ini mungkin termasuk outsourcing kegiatan tertentu seperti manajemen manfaat (*benefits management*), dan menggunakan teknologi untuk mewujudkannya. Kedua,

pengungkit biaya karyawan (*employee costs lever*). Misalnya, manajer sumber daya manusia mengambil peran penting dalam memberi nasihat kepada manajemen puncak tentang tingkat kepegawaian perusahaan, dan dalam menetapkan dan mengendalikan kebijakan kompensasi, insentif, dan tunjangan perusahaan. Ketiga adalah pengungkit hasil strategis (*strategic results lever*), manajer sumber daya manusia menempatkan kebijakan dan praktik yang menghasilkan kompetensi dan keterampilan karyawan yang diperlukan oleh perusahaan untuk mencapai tujuan strategisnya.

4. Kestinambungan sumber daya manusia

Manajemen sumber daya manusia tidak bisa hanya mengukur "kinerja" dalam hal memaksimalkan keuntungan. Upaya perusahaan harus "berkelanjutan", artinya penilaian tidak hanya berdasarkan keuntungan, tetapi juga lingkungan dan kinerja sosialnya juga.

5. *Engagement* karyawan

Engagement/keterlibatan karyawan mengacu pada keterlibatan secara psikologis, keterhubungan, dan komitmen untuk menyelesaikan pekerjaan. Karyawan yang terlibat "mengalami tingkat konektivitas yang tinggi dengan

tugas pekerjaan mereka,” dan karenanya bekerja keras untuk menyelesaikan tujuan terkait tugas.

6. Etika sumber daya manusia

Etika berarti standar yang digunakan seseorang untuk memutuskan perilaku yang seharusnya.

Lussier (2019) menyatakan bahwa manajemen sumber daya manusia organisasi mungkin lebih banyak berubah dalam 15-20 tahun terakhir dibandingkan seluruh sejarah perusahaan yang terorganisir. Teknologi dan kemampuan menganalisis kumpulan data yang besar telah mengganggu setiap industri dan cara setiap perusahaan melakukan, atau harus melakukan beberapa hal, mulai dari proses operasi hingga pemasaran hingga sumber daya manusia.

Kembali ke masa kegelapan, sekitar pertengahan tahun 1970-an manajer sumber daya manusia dianggap sebagai pekerjaan manajemen yang mudah. Manajer SDM diharapkan hanya para pembuat kertas yang bisa menyimpan semua file kepegawaian dengan benar. Mereka memelihara catatan organisasi, tetapi sangat sedikit hubungannya dengan manajemen proses bisnis organisasi. Dalam lingkungan ini, sebagian besar departemen SDM memberikan layanan terbatas kepada organisasi seperti melacak pelamar kerja, mengurus dokumen karyawan, dan mengajukan tahunan evaluasi kinerja. Dalam organisasi ini, departemen SDM dianggap sebagai pusat biaya, divisi atau departemen dalam organisasi yang tidak menghasilkan pendapatan atau keuntungan bagi

organisasi. Hanya membutuhkan uang bagi organisasi untuk menjalankan fungsi ini.

Pusat biaya tidak diinginkan dalam sebuah organisasi bila dimungkinkan, sebaliknya pusat pendapatan sangat diharapkan. Pusat pendapatan adalah divisi atau departemen yang menghasilkan pengembalian uang untuk organisasi. Di mana pusat biaya memakan dana yang tersedia, pendapatan pusat menyediakan dana bagi organisasi untuk beroperasi di masa depan. Departemen SDM tidak dapat menghasilkan pendapatan secara langsung karena tugas mereka dalam organisasi, tetapi mereka dapat menghasilkan pendapatan dan keuntungan yang signifikan secara tidak langsung.

Bentuk tempat kerja lama di mana manajer hanya memberi tahu karyawan apa yang harus dilakukan sudah tidak ada. Saat ini organisasi kemungkinan besar akan bekerja dalam tim, melakukan banyak analisis kuantitatif data bisnis, dan berbagi dalam pengambilan keputusan dan tugas manajemen lainnya. Organisasi modern juga mengharapkan produktivitas yang jauh lebih besar daripada yang terjadi dalam sejarah. Pusat produktivitas adalah pusat pendapatan yang meningkatkan profitabilitas organisasi melalui peningkatan produktivitas orang-orang di dalam organisasi. Jadi, mengapa organisasi modern

Manajer SDM saat ini tidak lagi menjalankan pusat biaya organisasi. Fungsi mereka, bersama dengan semua manajer lain di dalam organisasi, adalah untuk meningkatkan pendapatan dan laba organisasi

— menjadi pusat laba. Departemen SDM melakukannya dengan meningkatkan produktivitas orang-orang di dalam organisasi. Produktivitas adalah jumlah keluaran yang diperoleh organisasi per unit masukan, dengan masukan manusia biasanya dinyatakan dalam bentuk satuan waktu (Lussier, 2019).

Kita harus lebih kompetitif dalam lingkungan bisnis saat ini jika kita ingin bertahan untuk jangka panjang. Manajer dituntut untuk melakukan hal-hal yang akan meningkatkan produktivitas orang-orang yang bekerja dalam organisasi, jadi manajer harus menciptakan pusat produktivitas. Produktivitas adalah hasil akhir dari Efektivitas (fungsi menyelesaikan pekerjaan kapan pun dan bagaimanapun harus selesai) dan Efisiensi (fungsi dari berapa banyak sumber daya organisasi yang kita gunakan untuk mendapatkan pekerjaan selesai). Keduanya penting, tetapi seringkali, kita lebih berfokus pada efisiensi.

Efisiensi dalam organisasi melalui SDM dapat dicapai bila SDM diberdayakan dan dimotivasi dengan cara yang benar. Perusahaan di seluruh dunia menanggapi kebutuhan akan efisiensi ini dengan sangat serius, teknologi dan cara kerja baru membantu perusahaan meningkatkan efisiensi mereka. Selain meningkatkan efisiensi, beberapa penelitian yang cukup baru menunjukkan hal itu di antaranya Perusahaan Fortune 500, memiliki manajer SDM senior di "C-suite" —berarti memiliki CHRO selain memiliki chief operating officer (COO), chief finance officer

(CFO), dan seterusnya — meningkatkan profitabilitas sebesar 105% dibandingkan perusahaan sejenis yang tidak memilikinya.

Efisiensi adalah fungsi dari berapa banyak sumber daya organisasi yang digunakan secara berurutan untuk menyelesaikan pekerjaan. Sumber daya tersebut digunakan untuk meningkatkan sumber daya material, moneter, dan fasilitas untuk melakukan pekerjaan kita. Waktu adalah nilai yang digunakan dari sumber daya manusia. Organisasi tidak dapat secara langsung memengaruhi kinerja individu. Organisasi tidak dapat memaksa karyawan untuk bertindak dengan cara tertentu sepanjang waktu dalam organisasi; dan tidak memiliki kemampuan untuk menghukum mereka ketika mereka tidak melakukan apa diinginkan oleh organisasi, organisasi tidak memiliki kemampuan untuk melakukannya secara langsung mengontrol semua tindakan mereka. Jadi sebagai manajer organisasi, perlu melakukan hal-hal yang akan berdampak tidak langsung pada produktivitas karyawan, efisiensi dan efektivitasnya.

Survei terhadap eksekutif SDM dan non-SDM menanyakan tantangan apa yang menurut mereka paling besar signifikan selama 10 tahun ke depan. Berikut adalah ulasan singkat tentang apa yang mereka katakan: (Lussier, 2019)

Tiga tantangan terbesar menurut para eksekutif SDM:

1. Menjaga tingkat keterlibatan karyawan yang tinggi
2. Mengembangkan pemimpin organisasi generasi berikutnya

3. Mempertahankan penawaran kompensasi dan tunjangan yang kompetitif

Tantangan terbesar menurut para eksekutif non-SDM sangat mirip:

1. Mengembangkan pemimpin organisasi generasi berikutnya
2. Mengelola kehilangan pekerja kunci dan keahlian mereka
3. Mempertahankan manfaat kompetitif dan penawaran kompensasi

Kompetensi SDM yang paling kritis:

1. Ketajaman bisnis: kemampuan untuk memahami dan menerapkan informasi untuk berkontribusi pada rencana strategis organisasi
2. Kepemimpinan dan navigasi organisasi: kemampuan untuk mengarahkan dan berkontribusi inisiatif dan proses dalam organisasi
3. Evaluasi kritis: kemampuan untuk menafsirkan informasi untuk membuat keputusan bisnis dan rekomendasi
4. Keahlian SDM: kemampuan untuk menerapkan prinsip dan praktik HRM untuk berkontribusi kesuksesan bisnis

Bidang manajemen sumber daya manusia strategik juga merupakan pendalaman bidang manajemen sumber daya manusia yang terus berkembang. Manajemen sumber daya manusia strategik pada dasarnya adalah integrasi sumber daya manusia dengan proses manajemen strategik, didefinisikan sebagai sekumpulan cara atau teknik

yang memungkinkan intervensi untuk dibuat dalam sebuah bisnis untuk meningkatkan kinerja (Azmi, 2019).

Chris Hendry dan Andrew Pettigrew (dalam Azmi, 2019) menyatakan bahwa dalam manajemen sumber daya manusia strategik terdapat dua tema yang saling tumpang tindih dalam istilah yaitu strategi dan sumber daya manusia, seolah-olah mengintegrasikan sumber daya manusia dengan strategi bisnis. Menurut mereka, terdapat 4 arti mendasar dari konsep manajemen sumber daya manusia strategik, yaitu:

1. Penggunaan rencana strategik
2. Pendekatan yang koheren untuk desain dan manajemen sistem personalia berdasarkan tenaga kerja strategi dan sering kali didukung oleh 'filosofi' yang luas
3. Menyesuaikan aktivitas sumber daya manusia dan kebijakan kepada sebagian strategi bisnis eksplisit
4. Melihat orang-orang organisasi sebagai 'sumber daya strategis' untuk pencapaian 'keunggulan kompetitif'

Definisi manajemen sumber daya manusia strategik bervariasi, tetapi kebanyakan penulis setuju bahwa sumber daya manusia strategik berusaha untuk mendapatkan keunggulan kompetitif dengan mengelola aset manusia melalui serangkaian praktik SDM yang terintegrasi dan sinergis yang keduanya melengkapi dan mempromosikan strategi bisnis secara keseluruhan (Azmi, 2019). Manajemen sumber daya manusia strategik sebagian besar adalah tentang integrasi dan adaptasi.

Perhatiannya adalah untuk memastikan bahwa (1) manajemen SDM terintegrasi sepenuhnya dengan strategi dan kebutuhan strategis perusahaan; (2) kebijakan SDM cocok di seluruh bidang kebijakan dan lintas hierarki; dan (3) praktik SDM disesuaikan, diterima, dan digunakan oleh manajer lini dan karyawan sebagai bagian dari pekerjaan mereka sehari-hari (Azmi, 2019).

Dari perspektif 'berbasis konstituensi', hal itu diperdebatkan bahwa akademisi dan praktisi manajemen SDM telah menggunakan manajemen sumber daya manusia strategik sebagai cara untuk mendapatkan rasa hormat yang lebih besar untuk manajemen SDM, sehingga meningkatkan status dan prestise mereka dalam organisasi (Azmi, 2019). Namun, ada perbedaan pandangan tentang hakikat integrasi. Definisi manajemen sumber daya manusia strategik cukup luas mulai dari sistem SDM yang disesuaikan dengan tuntutan strategi bisnis hingga sebagai pola kegiatan SDM yang direncanakan dimaksudkan agar suatu organisasi dapat mencapai tujuannya. Dalam definisi pertama, manajemen SDM adalah bidang manajemen reaktif, sedangkan dalam definisi terakhir, manajemen SDM memiliki fungsi proaktif dimana aktivitas SDM benar-benar menciptakan dan membentuk strategi bisnis.

Premis dasar yang mendasari manajemen sumber daya manusia strategik adalah organisasi yang mengadopsi strategi tertentu membutuhkan praktik SDM yang sesuai dengan strategi itu. Manajemen SDM harus mengalir dari dan bergantung pada strategi perusahaan

organisasi. Perencanaan SDM mencakup sasaran dan sasaran strategis. Definisi tersebut cenderung menekankan peran implementasi SDM. Di samping itu, beberapa sarjana percaya bahwa agar sumber daya manusia strategis menjadi efektif, praktik SDM harus efektif terintegrasi dengan semua tahapan proses perencanaan strategis.

Terlepas dari perbedaan definisi, bagaimanapun, dapat ditekankan bahwa pendekatan tradisional atau non-strategis manajemen SDM terpisah dari bisnis, reaktif, jangka pendek, dan tidak ada kepentingan kepada dewan direksi. Di sisi lain, sumber daya manusia strategis adalah hubungan erat antara perencanaan SDM dengan inisiatif strategis perusahaan. Manajemen SDM dalam organisasi seringkali terlihat terputus-putus dan serampangan, memberikan sedikit pertimbangan pada strategi organisasi. Sifat proaktif yang tumbuh fungsi SDM dan pentingnya bagi organisasi telah menyebabkan munculnya sumber daya manusia strategis saat ini

Beberapa ahli menggambarkan manajemen sumber daya manusia strategis sebagai hasil, sementara yang lain menggambarkannya sebagai proses. Patrick M. Wright dan Gary C. McMahan (dalam Azmi, 2019) menganggap manajemen sumber daya manusia strategis sebagai pola SDM yang direncanakan penyebaran dan aktivitas yang dimaksudkan untuk memungkinkan perusahaan mencapai tujuannya. Dengan demikian, manajemen sumber daya manusia strategis dapat dilihat sebagai sistem organisasi yang dirancang untuk mencapai keunggulan kompetitif yang

berkelanjutan melalui orang-orang. Sebagai suatu proses, manajemen sumber daya manusia strategik dapat dilihat sebagai mekanisme yang menghubungkan praktik SDM dengan bisnis strategi. Karen Legge (dalam Azmi, 2019) mencatat bahwa perumusan dan implementasi strategi tidak dapat dipisahkan terjerat dalam proses yang berkelanjutan, formatif, dan adaptif.

Mempertimbangkan proses dan hasilnya, Catherine Truss dan Lynda Gratton (dalam Azmi, 2019) mendefinisikan manajemen sumber daya manusia strategik sebagai hubungan antara fungsi SDM dengan tujuan strategis untuk meningkatkan kinerja bisnis manajemen sumber daya manusia strategik merupakan proses yang melibatkan pengembangan strategi SDM yang terintegrasi secara vertikal dengan strategi bisnis dan horizontal satu sama lain. Ini berkaitan dengan masalah orang-orang itu mempengaruhi atau dipengaruhi oleh rencana strategis organisasi.

Manajemen sumber daya manusia strategik telah menjadi penting karena ada bukti penelitian yang membuktikan bahwa hal itu memberikan kontribusi terhadap kinerja perusahaan dan daya saing keuntungan. Fungsi manajemen SDM, yang pernah bertanggung jawab atas pencatatan dan pemeliharaan, telah berkembang menjadi mitra strategis.

Berdasarkan pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa manajemen sumber daya manusia strategik pada dasarnya adalah perhatian dengan integrasi manajemen SDM dengan proses manajemen

strategis. Secara umum, ini tentang penerapan sumber daya manusia yang efektif untuk memenuhi tujuan strategis organisasi. Ada perbedaan pandangan tentang sifat integrasi. Sementara beberapa definisi fokus pada menyesuaikan sistem SDM dengan tuntutan strategi bisnis, yang lain fokus pada pengembangan pola kegiatan SDM yang direncanakan dimaksudkan agar organisasi dapat mencapai tujuannya.

Rumah sakit merupakan institusi dengan pelayanan yang kompleks karena melibatkan banyak SDM dengan karakteristik yang berbeda. Sabarguna (2009) menyatakan bahwa pelayanan rumah sakit memerlukan peran SDM yang handal karena:

1. Mutu pelayanan akan berada pada pundak mereka
2. Keberhasilan tergantung pula faktor manusia walaupun dengan bantuan alat
3. Pada saat kritis yang dapat berpikir dan mengambil keputusan adalah manusia yang mempunyai kemampuan

Dalam konteks rumah sakit, departemen sumber daya manusia atau SDM, bertanggung jawab dalam menyediakan sumber daya manusia yang bervariasi dalam sebuah organisasi dan mengkoordinasi pengelolaan mereka (Singh, 2018). Sebagai contoh, pada sebuah rumah sakit, departemen bedah toraks dan kardiovaskular memerlukan spesialis bedah jantung, residen senior dan junior, perawat, perawat supervisor, penata anestesi. Teknisi diperlukan untuk melakukan beberapa uji seperti angiografi, elektrokardiografi, dan radiologi diperlukan untuk

menginterpretasi hasil dari berbagai uji dan seorang perfusionis diperlukan untuk mendampingi pada operasi jantung. Departemen SDM mengkoordinasi proses rekrutmen dari sumber daya manusia yang dibutuhkan. Sebagai tambahan, departemen ini juga mengkoordinir penilaian kinerja tahunan dari seluruh karyawan di organisasi, dan mengkoordinir proses kenaikan baik dalam hal gaji, atau promosi. Departemen ini juga mengkoordinasi proses penerimaan pengunduran diri, terminasi, atau pensiun.

Hall dalam Sabarguna (2009:168) menyatakan bahwa dalam manajemen SDM di RS terdapat 6 perubahan penting yang terus terjadi, perubahan tersebut antara lain:

1. Adanya keterlibatan manajemen puncak pada perencanaan dan pengendalian dari fungsi petugas.
2. Peningkatan orientasi dari staf perusahaan ke arah perencanaan yang lebih luas dan pengendalian aktivitas.
3. Adanya kesadaran pada keterikatannya dengan lingkungan luar seperti peraturan pemerintah.
4. Diperlukan jumlah dan jenis petugas yang beragam untuk perencanaan dan pengendalian petugas.
5. Diperlukan lebih banyak petugas teknis dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.
6. Peningkatan pengukuran kinerja dan sistem informasi pada pengendalian petugas.

Selain itu, diperlukan juga pola pikir yang seimbang antara SDM-RS antara lain:

1. Pegawai RS harus diterima sebagai potensi sumber daya yang dapat memajukan RS
2. Potensi pegawai harus dapat ditumbuhkan dengan subur agar mampu menciptakan kemajuan
3. Potensi yang tumbuh harus dibina dan dikembangkan

Sabarguna (2009) juga menekankan bahwa SDM akan merupakan aset rumah sakit yang penting dan merupakan sumber daya yang berperan besar dalam pelayanan rumah sakit. Penanganan SDM penting karena:

1. Mutu pelayanan rumah sakit sangat tergantung dari perilaku SDM
2. Biaya rumah sakit dapat merupakan pengeluaran yang porsinya sekitar 20-50%
3. Kemajuan ilmu dan teknologi memerlukan tenaga yang profesional dan spesialis.

Berdasarkan hal-hal tersebut, maka dapat tergambar bahwa manajemen SDM dalam RS merupakan hal yang penting untuk diperhatikan dalam memaksimalkan hasil yang dapat diperoleh dengan potensi sumber daya yang dimiliki oleh RS.

2.1.2.1. Teori Perilaku Organisasi

Organisasi terdiri dari sejumlah orang dengan peran tertentu yang bekerja bersama untuk mencapai tujuan organisasi (Dessler, 2020). Sedangkan menurut Robbins (2017) organisasi adalah unit sosial yang dengan sengaja diatur terdiri atas dua orang atau lebih, yang berfungsi secara relatif terus menerus untuk mencapai sasaran atau serangkaian sasaran bersama.

Perilaku Organisasi menurut Robbins (2017) adalah bidang studi yang mempelajari dampak perorangan, kelompok, dan struktur pada perilaku dalam organisasi dengan tujuan mengaplikasikan pengetahuan semacam itu untuk memperbaiki efektivitas organisasi. Robbins menjelaskan bahwa perilaku organisasi adalah studi yang mengambil pandangan mikro – memberi tekanan pada individu-individu dan kelompok-kelompok kecil. Perilaku organisasi memfokuskan diri kepada perilaku di dalam organisasi dan seperangkat prestasi dan variabel mengenai sikap yang sempit dari para pegawai, dan kepuasan kerja adalah yang banyak diperhatikan.

Studi perilaku organisasi juga memperhatikan persoalan individu-individu dan kelompok dengan berbagai disiplin ilmu antara lain psikologi, sosiologi, antropologi dan ilmu politik. Multidisiplin ilmu yang dipakai dalam studi perilaku organisasi dimanfaatkan untuk membantu pemahaman tentang hakekat sistem dan nilai-nilai kemanusiaan atau masalah manusia.

Dengan asumsi setelah memahaminya kemudian kinerja sebuah organisasi dapat ditingkatkan oleh aktor organisasi.

Secara umum perilaku organisasi dapat dibagi menjadi 3 tingkatan, yaitu:

1. Tingkatan individu, yaitu karakteristik bawaan individu dalam organisasi
2. Tingkatan kelompok, yaitu dinamika perilaku kelompok dan faktor-faktor determinannya
3. Tingkatan organisasi, yaitu faktor-faktor organisasi yang mempengaruhi perilaku.

Perilaku organisasi memiliki peran yang sangat penting karena selalin berhubungan dengan berbagai aspek pada karyawan, juga erat kaitannya dengan budaya organisasi untuk mencapai tujuan organisasi. Keterkaitan perilaku organisasi dengan berbagai hal dalam konteks manajemen SDM juga tidak dapat dihindari seperti hubungannya dengan manajemen strategik SDM, rekrutmen dan penempatan, pelatihan dan pengembangan, kompensasi, serta hubungan karyawan (Dessler, 2020).

Sejalan dengan pendapat para ahli diatas maka peneliti dapat memberi kesimpulan bahwa perilaku organisasi adalah suatu cara berfikir, cara untuk memahami persoalan-persoalan dalam suatu organisasi atau suatu kelompok tertentu. Ia meliputi aspek yang ditimbulkan dari pengaruh organisasi terhadap manusia.

Pada umumnya tingkatan organisasi manajemen mengacu pada tiga tingkatan manajer, yaitu *First Line Manager*, *Mid Level Manager*, dan *Top level Manager*. Saat ini ini organisasi rumah sakit yang ada tidak selalu mengikuti klasifikasi tersebut. Namun, pengetahuan terkait peran-peran tersebut dapat memberikan pandangan yang berharga bagi pengelola rumah sakit. (Singh, 2018)

First Line Manager dikenal juga sebagai supervisor, mereka melakukan pengawasan terhadap orang-orang yang berada di garis depan atau teknisi. Mereka pada umumnya dipromosikan dari pekerja garis depan atau teknisi; selayaknya, mereka memiliki kemampuan terhadap layanan di garis depan titik mereka bekerja dengan erat kaitannya bersama orang yang mereka awasi, mereka mendukung dan mengajak orang-orang tersebut untuk mengerjakan pekerjaannya dengan baik. Jenis manajer ini ini bertanggung jawab terhadap penyelesaian pekerjaan tepat waktu.

Dalam kondisi rumah sakit supervisor pada umumnya berada dibawah departemen penunjang pelayanan seperti departemen sterilisasi sentral, departemen linen dan laundry, dapur, gas medik, dan pemeliharaan sarana. Pada satu departemen dapat memiliki lebih dari satu supervisor, sebagai contoh di departemen sterilisasi sentral seorang supervisor mengawasi proses sterilisasi, sedangkan supervisor yang lain mengawasi proses distribusi alat alat steril ke tiap-tiap departemen yang

membutuhkan dan mengumpulkan alat-alat yang akan dilakukan sterilisasi.

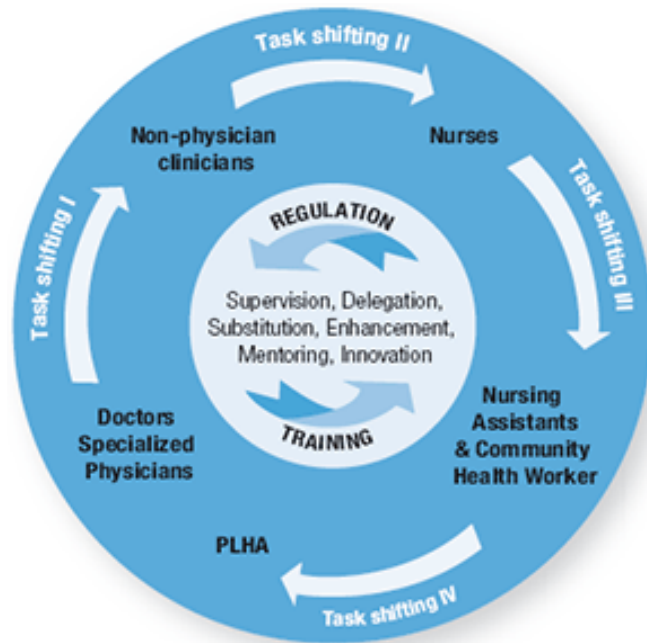
Mid Level Manager adalah manajer tingkat menengah yang secara umum bertanggung jawab pada departemen penunjang. Mereka bertanggung jawab atas berfungsinya departemen tersebut, dan kualitas layanan atau produk yang dihasilkan oleh departemen tersebut. Di rumah sakit manajer level menengah secara umum bertanggung jawab terhadap departemen penunjang, seperti departemen sterilisasi dentral, departemen linen dan laundry, dapur, gas medik, dan pemeliharaan sarana. Contoh tanggung jawab yang dikerjakan di departemen sterilisasi sentral adalah memastikan efektivitas fungsi departemen, kualitas hasil sterilisasi, dan distribusi alat-alat yang telah dilakukan sterilisasi. Manajer ini akan mengawasi supervisor yang ada di departemen tersebut. Ia juga bertanggungjawab untuk berkoordinasi dengan departemen-departemen lainnya yang terkait, seperti departemen linen dan laundry, kamar operasi, dan departemen lainnya yang membutuhkan alat-alat steril.

Top Level Manager atau manajer tingkat tinggi bertanggung jawab terhadap departemen mayor. Mereka harus memastikan bahwa setiap fungsi di departemen tersebut dapat berjalan dengan baik khususnya terkait efektivitas dan efisiensi. Mereka bertanggung jawab terhadap keuntungan, mutu, keselamatan pasien, dan mereka berkontribusi terhadap pembentukan aturan protokol serta panduan yang terdapat di departemen tersebut. Mereka juga dapat terlibat dalam perencanaan

strategis organisasi. Dalam tatanan rumah sakit departemen yang umumnya dianggap perlu untuk dikepalai oleh seorang manajer level atas adalah departemen yang terkait dengan pelayanan klinis atau pelayanan medis, departemen penunjang medis, departemen SDM, departemen akuntansi dan keuangan, serta departemen pemasaran.

2.1.3. Teori Task Shifting

Definisi *task shifting* menurut WHO adalah, "*Task shifting is the name now given to a process of delegation whereby tasks are moved, where appropriate, to less specialized health workers.*" Jadi, metode *task shifting* menurut WHO adalah proses terjadinya pendelegasian tugas di tempat yang sesuai kepada tenaga kesehatan yang lebih umum. Pendelegasian dalam hal ini dapat dilakukan pemberian wewenang kepada dokter yang telah mendapatkan pelatihan untuk melakukan kompetensi tertentu dari dokter spesialis, kepada perawat yang telah mendapat pelatihan dan berpengalaman untuk melakukan kompetensi tertentu dari dokter, kepada kader yang telah mendapat pelatihan dan berpengalaman untuk melakukan kompetensi tertentu dari perawat, bahkan kepada pasien atau orang awam yang telah mendapatkan pelatihan untuk melakukan kompetensi tertentu dalam memberikan pelayanan kesehatan.



Gambar 2.1. Konsep *Task shifting*. (WHO, 2006)

Sesuai dengan definisinya, *task shifting* dapat dikategorikan menjadi 4 tingkatan:

1. *Task Shifting I* : pendelegasian tugas dan wewenang dari dokter atau dokter spesialis kepada tenaga kesehatan non-dokter (*non-physician clinicians*)
2. *Task Shifting II* : pendelegasian tugas dan wewenang dari tenaga kesehatan non-dokter kepada perawat
3. *Task Shifting III* : pendelegasian tugas dan wewenang dari perawat kepada asisten perawat atau tenaga kesehatan komunitas (*community health worker*)
4. *Task Shifting IV* : pendelegasian tugas dan wewenang dari asisten perawat atau tenaga kesehatan komunitas kepada orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

Latar belakang munculnya *task shifting* yang dikemukakan oleh WHO adalah karena kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih dalam memberikan pelayanan kesehatan. Negara-negara di daerah sub-Sahara Afrika dan beberapa bagian Asia dan Amerika mengalami kekurangan tenaga kesehatan yang kritis (WHO, 2009). Salah satu data dari negara Malawi yang mendukung permasalahan kurangnya tenaga kesehatan secara ekstrem adalah jumlah dokter yang diperkirakan hanya dua orang dokter untuk melayani 100.000 orang dan 32 orang perawat untuk 100.000 orang (Alexis Palmer, 2008). Krisis tenaga kesehatan ini diperburuk dengan epidemi HIV. Negara-negara dengan pendapatan rendah dan menengah merupakan pihak yang paling merasakan krisis tenaga kesehatan. Sekitar 95% pasien HIV/AIDS tinggal di negara berkembang dan dua pertiga di antaranya berada di daerah sub-Sahara Afrika, sedangkan jumlah tenaga kesehatan di daerah sub-Sahara Afrika hanya sekitar 3% dari jumlah tenaga kesehatan yang ada di dunia.

Pada tahun 2006 WHO membuat sebuah strategi *Treat, Train, dan Retain* untuk memperkuat dan memperluas jangkauan tenaga kesehatan dalam menghadapi penyebab HIV maupun dampak yang ditimbulkan. Strategi tersebut secara singkat didefinisikan sebagai berikut:

1. ***Treat*** - a package of HIV treatment, prevention, care and support services for health workers who may be infected or affected by HIV and AIDS.

2. **Train** - *measures to expand the human resource pool, maximize the availability of more highly skilled workers and empower health workers to deliver universal access to HIV services, including pre-service and in-service training for a public health approach.*
3. **Retain** - *strategies to enable public health systems to retain workers, including financial and other incentives, occupational health and safety and other measures to improve the workplace as well as initiatives to reduce the migration of health care workers”*

Strategi ini bertujuan untuk memberikan akses pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan yang terkena HIV atau memberikan pencegahan terhadap tenaga kesehatan yang berisiko tinggi untuk terkena HIV (*Treat*). Penekanan juga dilakukan pada optimalisasi tenaga kesehatan yang ada untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang universal khususnya dalam mengatasi HIV (*Train*). Selain itu, fokus untuk menjaga jumlah tenaga kesehatan yang mau melayani juga menjadi perhatian khusus termasuk dalam hal finansial dan pemberian insentif (*Retain*).

Pada tahun 2008, WHO mengeluarkan rekomendasi mengenai *task shifting* yang terdiri dari:

1. Rekomendasi untuk mengadopsi *task shifting* sebagai inisiatif kesehatan masyarakat (*recommendations on adopting task shifting as public health initiative*)
2. Rekomendasi untuk menciptakan regulasi yang memungkinkan implementasi (*recommendations on creating an enabling regulatory environment for implementation*)
3. Rekomendasi untuk memastikan kualitas pelayanan (*recommendations on ensuring quality of care*)
4. Rekomendasi untuk memastikan keberlangsungan (*recommendations on ensuring sustainability*)
5. Rekomendasi bagi organisasi yang memberikan pelayanan kesehatan (*recommendations on the organization of clinical care services*)

Berdasarkan rekomendasi WHO tersebut, maka untuk menerapkan *task shifting* dalam suatu negara dibutuhkan dukungan politik dari pemerintah. Dukungan politik tersebut diwujudkan dalam regulasi yang memungkinkan implementasi *task shifting* pada daerah yang membutuhkan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat. Penerapan *task shifting* bukan berarti menurunkan kualitas pelayanan kesehatan, melainkan meningkatkan akses dan jangkauan pelayanan kesehatan. *Task shifting* juga memerlukan komitmen untuk pelaksanaan dalam jangka panjang, meskipun *task shifting* bukan satu-satunya solusi

dalam mengatasi permasalahan kesehatan sehingga perlu diikuti dengan pengembangan solusi lainnya.

Penelitian di Uganda juga mengidentifikasi faktor-faktor yang menunjang penerapan *task shifting* antara lain :

1. Adanya kebijakan mengenai *task shifting*.
2. Terdapat pedoman dan standar prosedur operasional.
3. Dukungan dan komitmen pemerintah.
4. Adanya inisiatif dan fokus permasalahan yang jelas.
5. Alur rujukan yang berfungsi dengan baik.
6. Kebutuhan pelayanan kesehatan.
7. Kurangnya jumlah tenaga kesehatan yang terampil.
8. Kurangnya pengaturan dan penegakan hukum mendorong terjadinya praktik *task shifting*.
9. Bukti keberhasilan *task shifting*.
10. Kualitas kader yang baik.

Selain itu, penelitian tersebut juga mengidentifikasi sejumlah faktor yang dapat menghambat atau menjadi tantangan bagi *task shifting* antara lain:

1. Resistensi terhadap perubahan.
2. Aturan dan regulasi profesi.
3. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan.
4. Korupsi.
5. Perencanaan yang buruk.

6. Kurangnya agen perubahan untuk mewujudkan *task shifting*.
7. Ketertarikan pada *task shifting* menurunkan minat pada jenis pelayanan lainnya.
8. Beban kerja yang tinggi dan tingginya angka kejadian penyakit.
9. Kurangnya panduan pelaksanaan.
10. Kurangnya perlindungan hukum.
11. Budaya komunitas setempat yang tidak dapat menerima *task shifting* (persepsi masyarakat mengenai pekerjaan dokter).
12. Persepsi masyarakat terhadap HIV.
13. Kurangnya penghargaan.
14. Penggunaan istilah "*task shifting*"
15. Lingkungan kerja yang buruk.
16. *Task shifting* yang tidak diatur.
17. Persaingan kerja di bidang profesi tenaga kesehatan professional.

Kelompok kerja dari *Human Resources in Humanitarian Health* mengemukakan beberapa langkah yang perlu dilakukan untuk menerapkan *task shifting* antara lain: (Laura Janneck, 2009)

1. Menetapkan kompetensi utama dan memfasilitasi *task shifting*. Langkah ini dapat diawali dengan mengidentifikasi tugas kunci yang perlu dilakukan sesuai dengan kondisi setempat.

2. Menetapkan jenjang karir untuk tenaga kesehatan yang ingin terlibat dalam *task shifting*, termasuk pengawas.
3. Harus ada regulasi yang mengatur mengenai *task shifting*.
4. Tenaga kesehatan dalam sistem kesehatan tersebut harus mendapatkan kompensasi yang sesuai dengan tingkatannya.
5. Donatur perlu mengembangkan pembiayaan dalam mendukung kapasitas pelayanan kesehatan setempat.

Pemanfaatan metode *task shifting* telah dilakukan juga oleh negara-negara berpenghasilan tinggi seperti Australia, Inggris, Irlandia Utara, dan Amerika Serikat. *Task shifting* di negara-negara tersebut dilakukan dengan memperluas peran perawat dalam memberikan resep untuk beberapa penyakit tertentu dan peran pasien HIV/AIDS dalam tatalaksana kondisi penyakit mereka dan menjadi penunjang bagi orang lain. Model yang dikembangkan di negara-negara tersebut serupa dengan *Expert Patient*¹ yang berorientasi pada manajemen pribadi untuk penyakit kronik (*self-management for chronic diseases*) (Katherine Kober, 2006).

Task Shifting, yang didasarkan pada bukti kuat dan diterapkan secara efektif, bisa memberikan kontribusi besar untuk hasil kesehatan dan keberlanjutan kesehatan sistem (EXPH, 2019). Namun, metode ini bukan jawaban untuk semua tantangan yang dihadapi sistem kesehatan. Pembahasan di negara-negara Eropa menunjukkan bahwa akan ada lebih

¹ *Expert Patient* merupakan program yang melibatkan orang dengan HIV/AIDS sebagai kader kesehatan untuk membantu mengatasi epidemic HIV.

banyak pasien yang bertahan sampai usia tua berkat kemajuan terapi, banyak perawatan yang mereka terima akan banyak lebih kompleks, melibatkan teknik baru yang radikal seperti laparoskopi atau bahkan operasi robotik, dan kemajuan dalam kapasitas diagnostik (EXPH, 2019). Namun, dalam banyak hal di dalam sistem kesehatan, beberapa hal akan berubah sangat sedikit, peran tradisional berbagai jenis tenaga kesehatan dengan tanggung jawab untuk tugas tertentu disediakan untuk mereka dengan kualifikasi tertentu berdasarkan kebiasaan dan praktik bukan pada bukti.

Tugas dapat dialihkan dari petugas kesehatan ke pasien dan pengasuh mereka, ke mesin, dan kepada petugas kesehatan lainnya. Jika pergeseran ini telah dievaluasi, sering kali, tetapi tidak selalu, dikaitkan dengan hasil yang sama baiknya atau bahkan lebih baik daripada dengan status quo. Namun, hasilnya seringkali bergantung pada konteks, dan tidak dapat diasumsikan bahwa apa yang berhasil dalam satu situasi akan berlaku sama untuk situasi lainnya. Jika sistem kesehatan dapat memastikan bahwa tugas-tugas dilakukan oleh mereka yang paling tepat untuk melakukannya, hasilnya akan meningkatkan perawatan pasien. Namun, perubahan seringkali sulit dan harus diyakinkan tentang alasan perubahan dan harus didukung penerapannya. Setiap perubahan peran akan berimplikasi pada status dan hierarki yang ada. Begitu pula dengan hambatan legislatif atau peraturan yang tidak lagi relevan.

Sistem kesehatan, perencana, pendana, pengelola, serta semua yang menggunakan dan bekerja dalam sistem, dan mereka yang melatih para profesional yang menjalankan sistem, semua dihadapkan pada tantangan yang berkembang untuk berfungsi secara efisien dan efektif untuk memenuhi kebutuhan saat ini dan mempersiapkan kebutuhan masa depan. Mereka dituntut untuk mencapai hal tersebut dalam konteks norma dan praktik yang ditetapkan, dipandu oleh berbagai bentuk dan sumber bukti. Dalam konteks tersebut, sistem kesehatan dan tenaga kesehatan berdasarkan keterampilan dan komposisi harus dinamis, tangguh, dan berbasis bukti untuk memaksimalkan dampak pendayagunaan sumber daya yang ada bersamaan dengan usaha untuk meminimalkan pemborosan dan bahaya yang ada dalam lingkungan yang berkembang. Banyak dari perubahan yang terjadi melibatkan penilaian ulang mendasar tentang siapa melakukan apa yang ada dalam sistem kesehatan dan menimbulkan pertanyaan tentang keterampilan apa yang optimal dan campuran staf dan siapa yang harus melakukan apa, dalam keadaan dan konteks apa? (EXPH, 2019).

Pembahasan yang muncul dalam diskusi di negara-negara Eropa berkaitan dengan *task shifting*. *Task shifting* dapat dilihat sebagai cara memperkuat ketahanan sistem kesehatan, efikasi dan efektivitas serta pengalaman dan otonomi pasien. Pembahasan *task shifting* banyak dilakukan dalam konteks negara berpenghasilan rendah dan menengah terkait sumber daya yang sangat terbatas dan keterbatasan profesional

kesehatan yang berkualifikasi, sementara di negara-negara Eropa pendekatan yang lebih luas dan lebih beragam telah diambil untuk membuat konsep *task shifting*. Pembahasan yang muncul terkait pembagian kerja, ketepatan sebagaimana yang diatur saat ini. Misalnya ketepatan tugas yang dilakukan oleh satu jenis petugas kesehatan yang akan, lebih tepat, bila dilakukan oleh orang lain. Dalam, analisis yang lebih mendalam, diuraikan juga mengenai kemungkinan adanya tugas yang disediakan untuk dijalankan oleh petugas kesehatan tertentu yang ternyata lebih tepat untuk dilakukan oleh pasien dan pengasuh. Adanya kemajuan teknologi, juga merupakan salah satu hal yang menjadi bahan diskusi untuk mengetahui apakah ada tugas yang saat ini sedang dilakukan oleh kesehatan pekerja yang akan lebih tepat dilakukan oleh teknologi. Pergeseran tugas dan tanggungjawab juga terjadi dalam dua arah. Jika perubahan diperlukan dalam alokasi yang ada, perubahan optimal tidak selalu berarti mendelegasikan tanggung jawab ke bawah. Sebaliknya, tugas tersebut mungkin sebenarnya membutuhkan seseorang dengan tingkat keterampilan yang lebih tinggi daripada apa yang dikerjakan saat ini, sehingga bila pergeseran tersebut dilakukan maka akan mewujudkan manfaat yang diharapkan.

Pembahasan negara-negara Eropa dalam merumuskan model asuhan untuk memberikan hasil yang terbaik, berdasarkan pertimbangan tenaga kesehatan yang ada, menghasilkan pertanyaan yang dapat memandu analisis sebagai berikut: (EXPH, 2019)

1. Bagaimana mengidentifikasi dan mengkarakterisasi "tugas" yang sesuai untuk proses *task shifting*?
2. Apa kondisi pendukung utama dan kesulitan / risiko yang harus dipertimbangkan saat mendefinisikan tindakan *task shifting* sebagai bagian dari reformasi sistem kesehatan?
3. Bagaimana mengukur dampak *task shifting* dalam berkontribusi pada efektivitas sistem kesehatan menggunakan kerangka evaluasi untuk menginformasikan pengambilan keputusan?

Setidaknya ada empat alasan mengapa sudah waktunya mempertimbangkan pengalihan tugas dalam kesehatan sistem; (1) *task shifting* berpotensi memberikan kontribusi terhadap keberlanjutan tenaga kesehatan, (2) dapat berkontribusi pada keberlanjutan keuangan sistem kesehatan sebagai serta keberlanjutan sosial, (pemeliharaan sistem kesehatan yang dipercaya dan dimanfaatkan oleh masyarakat), (3) *task shifting* dapat menjadi sarana untuk meningkatkan kualitas perawatan, dan (4) tugas pergeseran dapat meningkatkan ketahanan sistem kesehatan, terutama jika berbeda kelompok profesional dapat menggantikan satu sama lain dalam keadaan darurat (EXPH, 2019). Namun, untuk menyadari manfaat potensial ini, tindakan harus diinformasikan dengan bukti dan dipandu dengan tujuan yang jelas untuk meningkatkan fungsi sistem kesehatan dan hasil akhir bagi pasien dan populasi.

Taksonomi yang diajukan oleh EXPH adalah peningkatan, substitusi / delegasi dan inovasi. Untuk menghasilkan taksonomi tersebut, dengan dipandu oleh literatur, EXPH mengidentifikasi berbagai bentuk *task shifting*. Misalnya, tugas bisa bergeser dari petugas kesehatan ke pasien dan pengasuh mereka, ke teknologi, dan tenaga kesehatan lainnya. Bukti untuk setiap kategori dan bentuk ini bervariasi, misalnya, dalam metode yang digunakan, hasil yang diukur dan konteksnya. Bukti yang tersedia jauh lebih sedikit daripada yang diinginkan hal tersebut menunjukkan bahwa banyak tugas yang pernah dicadangkan kelompok tertentu dapat dilakukan secara efektif, atau lebih, oleh kelompok yang lain, tetapi setiap kasus harus dinilai berdasarkan manfaatnya. Hal penting yang perlu diperhatikan adalah adanya bukti yang menunjukkan sikap kaku atau demarkasi antara profesional kesehatan yang berbeda, seperti dokter dan perawat, hal ini terjadi di banyak negara. Jelas bahwa kelompok selain dokter, dan terutama perawat dan apoteker, dapat melakukan peran yang jauh lebih luas dibandingkan dengan apa telah menjadi kasus tradisional. Namun, mereka membutuhkan pelatihan dan dukungan yang memadai dalam tim terintegrasi dan pendekatan terbuka untuk berbagi informasi. Ada keterbatasan pemahaman tentang kombinasi optimal atau paket dari perubahan dan penambahan yang bisa bertindak secara sinergis untuk meningkatkan kualitas dan keamanan perawatan kesehatan serta pengalaman pasien.

Pemahaman tentang pendukung (*driver*), *enabler*, dan hambatan (*barrier*) implementasi yang berhasil dan uji coba *task shifting* serta pelengkap kebijakan dan lingkungan kerja penting untuk penerapan perubahan yang efektif dan aman. Beberapa faktor pendukung cenderung hidup berdampingan dan berubah tergantung pada kebijakan dan lingkungan sistem kesehatan serta konteks populasi dan layanan. Pendukung perubahan mungkin beragam, dengan adanya analisis dapat diidentifikasi beberapa di antaranya seperti keinginan untuk meningkatkan pengalaman pasien dan hasil klinis, mengoptimalkan penggunaan dan ketersediaan sumber daya, mengatasi peningkatan dan perubahan kebutuhan pasien, dan memaksimalkan efektivitas biaya, sebagai insentif potensial untuk *task shifting*. Analisis tingkat negara memberikan wawasan tentang apa yang diketahui tentang *enabler* dan hambatan untuk *task shifting* yang berhasil. Analisis tersebut mengungkapkan berbagai faktor yang memiliki potensi untuk meningkatkan atau menghalangi *task shifting*, mulai dari hukum, budaya dan keuangan, faktor kekurangan staf, dan penggunaan proyek percontohan. Kemungkinan besar pada titik tertentu pada waktunya, beberapa faktor mempengaruhi penerapan *task shifting* dan mungkin terkait kepada petugas kesehatan, faktor manusia, dan faktor organisasi.

Task shifting tidak boleh dilihat secara terpisah, tetapi dilihat dalam konteks yang lebih luas dari sistem kesehatan. Sebuah perubahan peran kemungkinan besar akan memiliki konsekuensi yang luas, menantang

tradisional hierarki dan norma profesional. Meskipun, banyak hambatan untuk berubah mungkin ada, termasuk sikap tidak mendukung dan kaku, legislatif, regulasi dan keuangan kendala, jika dikelola dengan hati-hati, hambatan-hambatan tersebut sering kali dapat diatasi. Terkadang, penyelesaian tersebut dapat terjadi dengan sederhana seperti mengoptimalkan dan memformalkan apa yang sudah dipraktikkan, meskipun secara informal, sedangkan, dalam keadaan lain, memerlukan desain ulang sistem yang luas.

Sebelum protokol eksplisit yang mengatur mengenai jenis tugas, dan kepada siapa *task shifting* dapat dilakukan, bukti yang ditinjau menunjukkan bahwa banyak tugas yang secara tradisional dilakukan oleh satu jenis tenaga kesehatan, dapat dilakukan dengan baik atau bahkan lebih baik oleh orang lain. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa sesuatu yang berhasil baik dalam satu konteks tidak berarti bahwa hal tersebut akan selalu memberikan keuntungan pada konteks yang berbeda, mengingat keragaman sistem kesehatan, publik dan harapan profesional, dan pengaturan profesi. Akibatnya, kendala yang ada tidak dapat diformulasikan secara formal, tetapi beberapa pertimbangan yang dapat dilakukan: (1) apakah ada alasan untuk menggeser tugas dan akankah itu berkontribusi untuk memenuhi tujuan sistem kesehatan, (2) apakah individu yang mengambil tugas baru memiliki keterampilan dan keahlian yang diperlukan atau dapatkah mereka dapatkan mereka dengan pelatihan yang sesuai, (3) apakah ada hambatan hukum atau peraturan

untuk pengalihan tugas yang dapat diubah, dan (4) apa akibatnya bagi kerja organisasi dan apakah ini memerlukan adopsi model organisasi baru, termasuk jika diperlukan perubahan status pekerja kesehatan yang terlibat (EXPH, 2019).

Mengikuti pertimbangan tersebut, direkomendasikan bahwa, saat melakukan *task shifting*, tujuan yang ingin dicapai harus jelas, alasan untuk memilih *task shifting* sebagai cara untuk mencapai tujuan tersebut dapat dijelaskan, dan bukti yang menjadi dasar keputusan tersebut disajikan. *Task shifting* harus direncanakan dengan hati-hati, dengan mempertimbangkan sepenuhnya implikasi baik bagi individu yang bersangkutan maupun bagi sektor kesehatan yang lebih luas. Pihak yang bertanggung jawab untuk melaksanakan *task shifting* juga harus secara aktif terlibat dalam dialog dengan pihak-pihak yang akan terpengaruh oleh hal tersebut, termasuk pasien dan pendamping pasien yang sesuai, untuk memahami harapan dan ketakutan. Hal yang penting adalah *task shifting* ke pasien dan pendamping mereka harus dipandu oleh tujuan, harapan, dan kapasitas mereka, sambil memastikan bahwa mereka diberdayakan untuk merancang bersama paket perawatan mereka dan akan terus dilakukan pemantauan dan evaluasi secara berkesinambungan. Dalam konteks penelitian *task shifting* diperlukan peningkatan investasi, yang bertujuan untuk meningkatkan studi dari pengaturan yang kurang terwakili dan membangun pemahaman tentang faktor kontekstual yang menentukan kondisi keberhasilan.

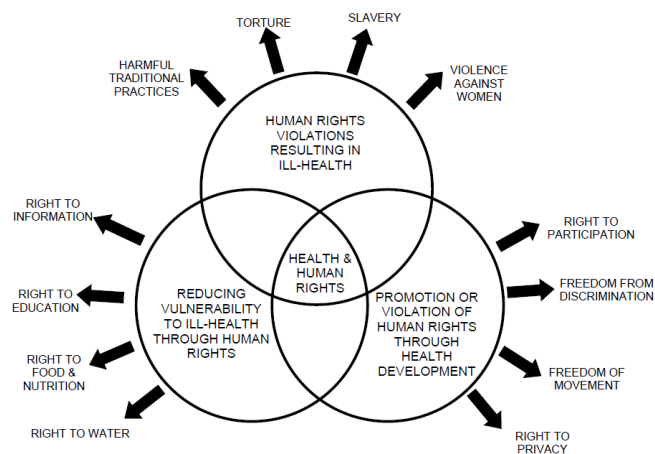
Lebih luas lagi, untuk mendukung terciptanya lingkungan dan sistem yang mendukung secara efektif dan efisien bagi *task shifting*, pelatihan tenaga kesehatan harus mendorong sikap positif, interprofessional dan tim kerja, dan memberikan kesempatan untuk pengalaman belajar interprofesional dan pengembangan keterampilan khusus yang diperlukan dalam *task shifting* berbasis bukti. Sistem kesehatan dan sistem legislatif dan regulasi harus dievaluasi untuk menilai sejauh mana mereka mendukung atau menempatkan hambatan dalam cara kerja yang lebih fleksibel, dan tindakan apa yang diperlukan untuk mengatasi hambatan, dengan mempertimbangkan perkembangan bukti-bukti tentang potensi manfaat *task shifting* dalam konteks tertentu.

2.1.4. Rumah Sakit Apung sebagai Layanan Kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan

Negara Indonesia adalah negara hukum. Dalam konsep Negara Hukum, diidealkan bahwa yang harus dijadikan acuan utama dalam dinamika kehidupan kenegaraan adalah hukum, bukan politik ataupun ekonomi (Asshiddiqie, 2002). Negara hukum adalah negara berdasarkan hukum, dan kekuasaan harus tunduk pada hukum (Kusumaatmadja, 2006). Salah satu prinsip yang terpenting adalah bahwa dalam negara hukum semua orang sama di hadapan hukum. Hal tersebut berarti bahwa hukum memperlakukan orang sama tanpa perbedaan yang didasarkan atas ras (keturunan), agama, kedudukan sosial, dan kekayaan. Sikap non-

diskriminatif sesuai dengan tujuan hukum yang pada dasarnya memberikan penghormatan dan perlindungan terhadap kepentingan manusia.

Sistem hukum di Indonesia berdasarkan pada Undang-Undang Dasar 1945 dan Pancasila. Salah satu tujuan negara Indonesia yang tertuang dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum. Tujuan itu jika dikristalisasi salah satunya meliputi kewajiban negara merealisasikan derajat kesehatan yang optimal bagi setiap rakyat Indonesia (Kurnia, 2007). Hak atas kesehatan tercantum dalam pasal 28 Undang – Undang Dasar 1945 dan pasal 9 Undang – Undang Nomor 39 Tahun 2009 tentang Hak Asasi Manusia. Dalam dunia internasional, hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia tercantum dalam Pasal 25 Deklarasi Universal Hak-Hak Asasi Manusia. WHO menggambarkan hubungan yang erat dan saling terkait antara kesehatan dan hak asasi manusia, pelanggaran hak asasi manusia akan menurunkan derajat kesehatan dan sebaliknya (WHO, 2010).



Gambar 2.2. Hubungan Antara Hak Asasi Manusia Dengan Kesehatan (WHO, 2010)

Berdasarkan hal – hal tersebut, maka masyarakat Indonesia berhak untuk mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sedangkan pemerintah berkewajiban untuk mewujudkan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat, bertanggungjawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya. Tanggung jawab pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan tercantum dalam Pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945 dan BAB IV Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Dalam bidang kesehatan, khususnya rumah sakit, peraturan yang menjadi acuan adalah Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Namun, dalam kedua undang – undang tersebut tidak dijelaskan secara spesifik mengenai rumah sakit apung sebagai suatu entitas

tersendiri. Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit diatur mengenai RS bergerak, yaitu pada pasal 8 (1) Rumah Sakit bergerak merupakan Rumah Sakit yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain; (2) Rumah Sakit bergerak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbentuk bus, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, atau kontainer.

Petunjuk teknis pelaksanaan RS bergerak lebih detail dicantumkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 58/Menkes/SK/I/2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Bergerak. Pada aturan tersebut dijelaskan definisi RS bergerak:

Rumah Sakit Bergerak adalah fasilitas kesehatan yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain di daerah tertinggal, terpencil, kepulauan, dan daerah perbatasan dalam rangka penyelenggaraan kegiatan upaya kesehatan perorangan yang dilaksanakan selama 24 jam melalui pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat/pelayanan darurat.

Belum ada pernyataan yang mengatur mengenai RS bergerak yang dikelola oleh swasta. Namun, dari peraturan tersebut dapat disimpulkan bahwa konstruksi pelaksanaan RS bergerak termasuk rumah sakit apung sudah ada di Indonesia. Rumah sakit bergerak dalam bentuk bangunan non kapal laut pada tahun 2008 telah ditetapkan di Riau, Nusa Tenggara

Timur, Maluku Utara, Kepulauan Talaud, Kalimantan Timur, dan Maluku Tenggara Barat.

Persoalan pembangunan kesehatan yang paling utama adalah menjangkau masyarakat yang tidak terjangkau. Politik Kesehatan dapat dimanfaatkan penyelenggara pemerintahan dan pembuat kebijakan yang bertanggung jawab untuk perbaikan kesehatan rakyat terutama rakyat miskin dan termarginalisasi, memiliki kesadaran untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat miskin yang tak terjangkau, tak terlayani, dan terpinggirkan, sekaligus membuka akses yang langsung kepada rakyat, mewujudkan kesadaran, kemauan dan kemampuan rakyat secara mandiri. (Rafei, 2007)

Dalam usaha merawat kesehatan sebagai bagian dari mempertahankan kehidupan, masyarakat daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan seringkali berupaya memanfaatkan pengetahuan tradisional atau bergantung pada tenaga kesehatan dengan kompetensi yang terbatas. Hal tersebut menggambarkan adanya konstruksi metode *task shifting* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Definisi *task shifting* menurut WHO adalah, "*Task shifting is the name now given to a process of delegation whereby tasks are moved, where appropriate, to less specialized health workers.*" (WHO, 2007)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan faktor yang menunjang untuk penerapan *task shifting* antara lain adanya kebijakan yang jelas,

prosedur yang jelas, dukungan dan komitmen pemerintah, fokus masalah yang jelas, alur rujukan yang sistematis, kebutuhan akan jumlah tenaga kesehatan, dan kurangnya ketrampilan tenaga kesehatan (Dambisya & Matinhure, 2012). Faktor- faktor yang dapat menghambat adalah resistensi terhadap perubahan, aturan profesi, korupsi, kurangnya pengetahuan, perencanaan yang buruk, kurangnya panduan pelaksanaan, beban kerja yang tinggi, kurangnya penghargaan, regulasi yang tidak jelas, persaingan kerja di bidang profesi tenaga kesehatan profesional (Dambisya & Matinhure, 2012). Hasil tersebut menunjukkan pentingnya regulasi dalam mendorong efektivitas usaha pemerataan layanan kesehatan.

Konstruksi metode task shifting memiliki kesamaan dengan layanan kesehatan rumah sakit apung, keduanya memiliki tujuan yang sama dalam hal pemerataan kesehatan. Belajar dari pengalaman task shifting di beberapa negara, maka pembentukan regulasi yang sesuai perlu dilakukan untuk mendukung layanan rumah sakit apung dalam memberikan akses layanan kesehatan yang merata bagi masyarakat DTPK.

Pada tahun 2008, WHO mengeluarkan rekomendasi mengenai *task shifting* untuk sebuah negara mengadopsi, menciptakan regulasi, memastikan kualitas pelayanan, hingga memastikan keberlangsungan pelayanan. Berdasarkan rekomendasi tersebut, maka untuk melakukan pemerataan akses layanan kesehatan dibutuhkan dukungna politik dari

pemerintah (WHO, 2008). Dukungan politik tersebut diwujudkan dalam regulasi yang memungkinkan implementasi metode yang dikembangkan pada daerah yang membutuhkan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat.

Konstruksi kebijakan kesehatan rumah sakit apung di Indonesia berlandaskan pada norma dasar negara Indonesia, yaitu Undang-Undang Dasar 1945. Selain itu, aturan yang menjadi payung hukum layanan kesehatan rumah sakit apung adalah Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Permasalahan kebijakan rumah sakit apung dijumpai pada tingkat peraturan menteri kesehatan dan petunjuk teknis pelaksanaan.

Petunjuk teknis pelaksanaan RS bergerak tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 58/Menkes/SK/I/2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Bergerak. Pada aturan tersebut dijelaskan definisi RS bergerak sebagai fasilitas kesehatan yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain di daerah tertinggal, terpencil, kepulauan, dan daerah perbatasan dalam rangka penyelenggaraan kegiatan upaya kesehatan perorangan yang dilaksanakan selama 24 jam melalui pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat/pelayanan darurat. Dalam petunjuk teknis tersebut diatur berbagai hal mengenai RS bergerak, tetapi terdapat disharmonisasi dengan Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit yang menyatakan bahwa RS bergerak dapat berbentuk kapal laut. Pada pedoman teknis, persyaratan bangunan lebih mengarah kepada bangunan berbentuk bangunan permanen / gedung. Selain itu, pedoman tersebut juga cenderung menempatkan RS bergerak sebagai RS yang dimiliki, dikelola, dan didanai oleh pemerintah (pusat dan daerah).

Adanya disharmonisasi terkait klasifikasi dan perijinan rumah sakit dapat dijumpai dengan diterbitkannya peraturan yang spesifik mengatur tentang rumah sakit apung. Hal tersebut memenuhi kaidah *lex specialis derogat legi generali*, hukum yang bersifat khusus mengesampingkan hukum yang bersifat umum. Aturan terkait rumah sakit apung yang diharapkan setidaknya harus mencakup definisi operasional rumah sakit apung, klasifikasi dan perijinan yang diperlukan, tanggungjawab serta perlindungan hukum bagi pengelola rumah sakit apung. Aturan tersebut tidak menghilangkan aturan hukum lainnya yang tidak bertentangan.

Berdasarkan catatan sejarah rumah sakit apung dalam bentuk kapal sebagian besar dioperasikan oleh pasukan militer (kebanyakan angkatan laut) dari berbagai negara, karena mereka dimaksudkan untuk digunakan di dalam atau di dekat zona perang. Rumah sakit apung mungkin telah ada sejak jaman dahulu, Angkatan Laut Athena memiliki kapal yang bernama *Therapia*, dan Angkatan Laut Romawi memiliki kapal

dengan nama Aesculapius; kedua nama tersebut mungkin menandakan bahwa kapal tersebut digunakan untuk keperluan medis.

Rumah sakit apung pertama milik Inggris adalah sebuah kapal dengan nama Goodwill, yang menemani Angkatan Laut kerajaan di daerah mediterania pada tahun 1608 dan digunakan untuk perawatan orang sakit dari kapal – kapal lain dan juga prajurit yang terluka pada perang darat. Pada abad ke-17 SDM rumah sakit apung terdiri dari seorang dokter bedah dengan empat orang asisten. Peralatan dan perlengkapan yang dibawa masih sangat sederhana berupa alat – alat untuk menjaga kebersihan tubuh. Rumah sakit apung saat itu lebih berfungsi untuk merawat orang sakit dibandingkan orang yang terluka. Makanan yang tersedia di rumah sakit apung kala itu juga masih sangat buruk.

Seiring dengan berjalannya waktu dan perubahan regulasi, SDM di rumah sakit apung Angkatan Laut kerajaan Inggris juga mengalami peningkatan, yaitu 6 asisten bedah dan 4 orang tukang cuci. Bahkan pada amandemen selanjutnya rumah sakit apung mendapatkan tambahan 5 orang perawat dan juga beberapa perlengkapan kebersihan untuk pasien. Pada tanggal 8 Desember 1798 sebuah kapal perang bernama Hospital Medical Ship (HMS Victory dialihfungsikan sebagai rumah sakit apung untuk merawat tawanan perang dari Prancis dan Spanyol. Menurut laporan yang ada, pada tahun tersebut juga terdapat 2 buah rumah sakit apung yang besar di Inggris. Pada periode tahun 1821 – 1870 Seamen's

Hospital Society mencatat beberapa nama rumah sakit apung seperti HMS Grampus, HMS Dreadnought, HMS Caledonia, HMS Hamadryad, dan Royal Hamadryad Seamen's Hospital.

Era rumah sakit apung moden dimulai pada awal abad ke-19 pada perang Krimea di tahun 1850. Kapal pertama yang dilengkapi dengan peralatan medis modern adalah HMS Melbourne dan HMS Mauritius. Kapal – kapal tersebut melayani penjelajahan ke China pada tahun 1860 dengan dilengkapi oleh ruang perawatan pasien dan ruang operasi. Pada tahun yang sama di perang sipil amerika juga tercatat adanya rumah sakit apung dengan nama USS Red Rover. Pada sekitar tahun 1870 hingga awal 1900 beberapa negara tercatat memiliki kapal yang difungsikan sebagai rumah sakit apung.

Sejarah perang dunia pertama maupun perang dunia kedua juga mencatat penggunaan rumah sakit apung dalam jumlah yang masif. Banyak kapal penumpang maupun kapal militer yang tidak optimal diubah menjadi rumah sakit apung. Pada akhir perang dunia pertama Angkatan Laut kerajaan Inggris mencatat 77 kapal yang digunakan untuk keperluan medis. Selain Inggris, Kanada dan Amerika Serikat juga tercatat menggunakan rumah sakit apung pada perang dunia kedua.

Pada saat ini beberapa negara masih memiliki rumah sakit apung untuk keperluan militer. Namun, rumah sakit apung juga dapat ditemukan selain yang dimiliki oleh militer, misalnya Mercy Ships dan MV Africa Mercy yang dimiliki oleh lembaga kemanusiaan internasional; juga

Esperanza del Mar dan Juan de la Cosa yang dimiliki oleh kementerian sosial Spanyol. Di Indonesia, rumah sakit apung yang dimiliki oleh TNI adalah KRI Dr Soeharso.

Penggunaan sarana rumah sakit apung untuk layanan kesehatan di luar keperluan militer dapat dijumpai juga di Danau Tangayika, Afrika. Pada tahun 2009, seorang Amerika bernama Amy Lehman tergerak untuk mendirikan rumah sakit apung di danau Tangayika karena pada saat itu diperkirakan terdapat 3 juta orang di sepanjang danau tersebut yang tidak memiliki akses terhadap layanan kesehatan. Gagasan tersebut ditanggapi dengan serius dan pelayanan rumah sakit apung di Danau Tangayika masih berjalan hingga saat ini.

Pada tahun 2013 di Indonesia mulai dikembangkan sebuah rumah sakit apung oleh yayasan nirlaba Dokter Peduli (Doctorshare, 2013). Rumah sakit apung ini terdiri dari dua tingkat. Bagian dasar digunakan sebagai ruang Rontgen, EKG, USG, serta laboratorium. Di tingkat atas terdapat Kamar Bedah, Ruang Resusitasi, dan Ruang Dokter. Pada tahun 2015 yayasan tersebut bekerjasama dengan yayasan Ekadharma mengembangkan sebuah rumah sakit apung lainnya dan pada tahun 2018 direncanakan akan muncul lagi sebuah rumah sakit apung yang lebih besar. Selain Doctorshare, juga ditemukan pihak lain yang mengembangkan rumah sakit apung seperti Mer-C (MER-C, 2017) dan Universitas Airlangga (Bes, 2017). Berdasarkan hal tersebut, maka tahun 2018 Indonesia memiliki 5 rumah sakit apung di luar keperluan militer.

Tabel 2.2. Spesifikasi Rumah Sakit Apung di Indonesia

Spesifikasi	RSA Lie Dharmawan	RS Nusa Waluya I	RS Nusa Waluya II
Gross Tonnage (GT)	173 GT	210 T	726 T
Net Tonnage (NT)	52 NT	63 T	218 T
Selar Sign	GT.173 No. 6786/ Bc	GT.210 No.1844/ Ka	
Tahun Pembuatan	2008	2007	1991 Diubah 2015
Penggerak Utama	Motor	Motor: GM Detroit Diesel 2 x 395 PS	
Material Utama Kapal	Kayu	Besi	
Panjang Kapal	23.13 meter	42 meter	45 meter
Lebar Kapal	6.82 meter	6.5 meter	20 meter
Sarat Air /Draft Kapal	4.40 meter	2.5 meter	3.66 meter
Kapasitas Tangki Utama	5,000 liter	11,000 liter	
Kapasitas Tangki Cadangan	2,200 liter	500 liter Tanki air 10,000 liter	
Bahan Bakar	Solar / HSD	Solar	Solar
Jenis Kapal	Pinisi	Pinisi	Barge
Fasilitas	Ruang Bedah, Ruang Resusitasi, Ruang Dokter, USG, EKG, Ruang Perawatan, Laboratorium	Ruang Bedah, Ruang Perawatan Pasien, EKG, USG, Laboratorium, Ruang Resusitasi, Ruang Konsultasi.	

Sumber: Yayasan Dokter Peduli, 2018-2019

2.1.5. Teori Sistem

Berpikir dalam kerangka sistem merupakan paradigma baru yang di dalamnya terdapat proses belajar, pembelajaran, atau proses pembelajaran (*learning process*) yang diartikan sebagai proses perubahan untuk mengganti cara-cara berpikir lama dengan cara-cara berpikir baru. (Daellenbach, 2005). Hal ini dapat dilihat dari: (1) cara berpikir sistem dengan melihat atau merenungkan sesuatu sebagai keseluruhan, bukan hanya bagian terpisah; (2) perubahan mindset dalam memandang permasalahan secara sistemik dengan tiga prinsip utama, yaitu *openness*, *interrelationship*, dan *interdependence*. Prinsip *openness* menyatakan adanya interaksi sistem dengan lingkungan. Di dalamnya unsur lingkungan merupakan bagian komponen sistem. Prinsip *interrelationship* dan *interdependence* menunjukkan bila satu komponen berubah, komponen lain terpengaruh, bahkan keseluruhan sistem.

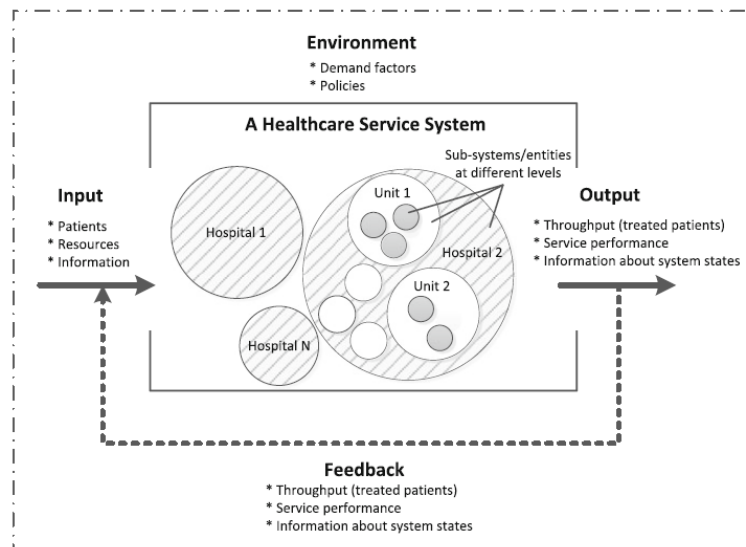
Memperkuat paparan di atas, Daellenbach (2005) mengemukakan bahwa dengan pemahaman dan penerapan berpikir sistem, khususnya sebagai alat berpikir, memberi kita (a) kecermatan, ketelitian, dan pemahaman fenomena dan realitas masyarakat yang dinamin menyeluruh (tidak sepotong – sepotong); (b) mendeteksi hubungan – hubungan yang tidak kentara, tetapi berpengaruh nyata (*structure*), bukan sekedar *events*, (c) mendorong tindakan antisipatif, bukan reaktif.

Hubungan – hubungan yang tidak kentara dalam kerangka sistem bersifat melingkar (*cycle*). Setiap peristiwa terkait dengan peristiwa

sebelumnya dan peristiwa sesudahnya. Antavariabel terjadi kesalingtergantungan (*interdependence*) dan kesalingterkaitan (*interrelationship*). Hubungan antarvariabel itu disebut hubungan kausal (*causal relationship*) yang bermula dari satu titik dan kembali ke titik semula dalam suatu hubungan dinamis.

Hubungan antarvariabel dalam kerangka sistem sejalan dengan sifat penelitian kualitatif. Neuwman (2000) menyatakan bahwa penelitian kualitatif dalam fenomena sosial merupakan sesuatu yang tidak linear, tetapi merupakan siklus, berulang, dan bolak balik.

Menurut teori sistem terbuka, sistem layanan kesehatan biasanya diwakili oleh model konseptual, seperti yang ditunjukkan pada gambar berikut. Berdasarkan model tersebut, sistem pelayanan kesehatan dibagi menjadi tiga bagian: (1) beberapa penyedia layanan yang memberikan layanan kesehatan (seperti rumah sakit) dan berlokasi di berbagai kota atau wilayah; (2) masukan sistem, termasuk pasien yang menerima layanan dan sumber daya layanan kesehatan; dan (3) sistem keluaran, yang melibatkan banyak indikator yang mewakili kinerja layanan, seperti pasien yang dirawat dan waktu tunggu (Tao, 2019).



Gambar 2.3. Model Konseptual Sistem Kesehatan yang Kompleks. (Tao, 2019)

Sistem layanan kesehatan dapat dibagi secara hierarkis menjadi subsistem atau entitas pada tingkat yang berbeda. Misalnya, kumpulan rumah sakit di suatu wilayah dapat dianggap sebagai sistem layanan kesehatan, di mana masing-masing rumah sakit dapat dipandang sebagai sub-sistem atau entitas tertentu. Setiap sub-sistem bisa selanjutnya dibagi menjadi sub-subsistem, yang merupakan unit-unit yang terdiri dari personel berbeda dan fasilitas yang memberikan layanan berbeda kepada pasien. Di dunia nyata, profil dari penyedia layanan berbeda dalam hal jumlah dan jenis personel seperti itu sebagai dokter dan dokter umum; fasilitas di tempat, seperti ruangan operasi dan laboratorium; serta biaya dan pembiayaan. Penyedia layanan juga bervariasi dalam perilaku manajemen layanannya, seperti menjadwalkan blok waktu di ruangan operasi dan merujuk pasien ke penyedia layanan lain. Biasanya, layanan profil penyedia dan perilaku manajemen layanan mereka, yang sering

disebut sebagai faktor pasokan sistem layanan kesehatan, menentukan penyampaian layanan yang sebenarnya kepada pasien secara signifikan, dan dengan demikian secara langsung mempengaruhi variasi dari keluaran sistem.

Input utama untuk sistem layanan kesehatan adalah pasien. Pasien yang tinggal di daerah yang berbeda mungkin memperlihatkan profil yang berbeda karena mereka memiliki perbedaan di dalamnya usia, tingkat pendidikan, jaringan sosial, dan karakteristik lainnya. Profil pasien tidak hanya mempengaruhi kejadian penyakit, tetapi juga mempengaruhi perilaku pemanfaatan layanan otonom mereka, yang secara langsung menentukan, sebagian besar, jumlah kedatangan pasien di fasilitas perawatan kesehatan. Profil dan perilaku pasien, yang disebut faktor permintaan, dapat menyebabkan kedatangan pasien bervariasi pada waktu yang berbeda dan di berbagai wilayah. Masukan dari sistem layanan kesehatan juga mencakup berbagai sumber layanan kesehatan, seperti sebagai dokter dan perawat yang baru lulus, serta obat-obatan yang baru dibeli peralatan. Sumber daya ini seringkali direncanakan dan dialokasikan oleh layanan kesehatan manajer untuk memenuhi kebutuhan pasien dan meningkatkan kinerja layanan. Jenis masukan lainnya adalah informasi. Informasi yang dimasukkan ke dalam sistem mencakup berbagai macam jenis, seperti data tentang geodemografi dan profil sosial ekonomi populasi; sikap orang terhadap rumah sakit, dokter, perawatan, dan kinerja layanan; dan bahkan lingkungan buatan dan alam, seperti

akses geografis untuk layanan, kualitas udara, dan cuaca musiman. Informasi biasanya memiliki efek yang berbeda pada perilaku pasien dalam pemilihan layanan, dan perilaku layanan dari manajemen rumah sakit.

Keluaran dari sistem layanan kesehatan terutama mencakup pasien yang dirawat, kinerja layanan, dan informasi yang relevan. Performa layanan biasanya diwakili oleh berbagai indikator, seperti waktu tunggu, *throughput*, di rumah sakit angka kematian, dan angka masuk kembali. Perlu dicatat bahwa sebagian besar indikator dan beberapa faktor dampak adalah konsep abstrak yang harus diperkirakan menggunakan beberapa variabel yang diamati atau pengukuran. Misalnya, indikator waktu tunggu dapat dinilai dari median waktu tunggu, waktu tunggu persentil ke-90, atau panjang antrian, yang masing-masing mewakili satu aspek waktu tunggu. Beberapa output dari layanan kesehatan sistem akan diumpankan kembali sebagai masukan dari sistem. Misalnya, pasien yang dirawat dapat kembali ke rumah sakit segera setelah kunjungan karena sakit lagi. Pasien dan rumah sakit mungkin mengetahui informasi tentang kinerja layanan dan hasil pengobatan di masa lalu. Akibatnya, informasi umpan balik semacam itu mungkin saja mempengaruhi perilaku pasien ketika mereka memilih layanan kesehatan, atau rumah sakit saat mereka menjadwalkan pasien ke ruangan operasi. Karena adanya putaran umpan balik, masalah

manajemen yang terkait dengan sistem layanan kesehatan menjadi kompleks dan sulit untuk diatasi.

Soft system methodology (SSM) adalah proses penelitian sistemik yang dalam pelaksanaannya menggunakan model-model sistem. (Checkland, 1990). Pengembangan model sistem aktivitas manusia tersebut dilakukan dengan tahapan melakukan penggalian atas permasalahan yang tidak terstruktur, mendiskusikannya dengan intensif dengan pihak terkait dengan penyelesaian masalah, membandingkan konsep *systems thinking* dengan dunia nyata, dan melakukan penyelesaian masalah secara bersama.

Menurut Martin (2008) Soft system methodology mulai diperkenalkan oleh Peter Checkland di Universitas Lancaster, Inggris pada tahun 1981. SSM mulai dikembangkan dengan tujuan untuk mengatasi masalah-masalah yang muncul dari aktivitas manusia. Menurut Sinn (1998) SSM merupakan kerangka kerja (framework) untuk memecahkan masalah yang sulit didefinisikan atau belum terstruktur dengan baik.

Menurut Brocklesby (1995) sejak SSM mulai diperkenalkan pada tahun 1981, metode ini terus berkembang hingga tahun 1990. Selama periode ini, SSM telah mengalami sejumlah revisi dan modifikasi, namun model yang paling umum digunakan tetap model original yang terdiri dari tujuh tahap. Checkland dan Scholes (1990) menegaskan bahwa tujuh tahap yang dilakukan dalam SSM tidak bersifat kaku, sehingga dalam

prakteknya proses tersebut tidak harus selalu maju, namun dapat maju ataupun mundur pada setiap tahapnya. Ketujuh tahap SSM tersebut menurut Checkland dan Scholes (1990) adalah:

- Tahap 1: Mengkaji masalah yang tidak terstruktur
- Tahap 2: Mengekspresikan situasi masalah
- Tahap 3: Mendefinisikan komponen permasalahan pada aktivitas sistem
- Tahap 4: Membangun model konseptual
- Tahap 5: Membandingkan model konseptual dengan situasi masalah
- Tahap 6: Menetapkan perubahan yang layak dan diinginkan
- Tahap 7: Melakukan tindakan perbaikan atas masalah

2.2. Hasil Penelitian Sebelumnya yang Relevan

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1	Jibon Tari: A Floating Hospital to Serve Distressed Humanity (Ahmed JU et al, 2015, Business Perspective and Research, Vol 3 (2): 146-160)	rumah sakit apung Jibon Tari merupakan konsep baru yang dikembangkan di Bangladesh untuk mengatasi disparitas kesehatan.	Kesamaan inovasi objek penelitian, yaitu rumah sakit apung	Tidak spesifik dan mendalam pada manajemen SDM
2	A Critical Review of Interventions to Redress The Inequitable Distribution of Healthcare Professionals to Rural and Remote Areas (Wilson NW et al, 2009, Rural Remote Health, Vol 9(2):1060)	Belum ada bukti kuat yang mendukung manfaat jangka panjang. Masih diperlukan penelitian lebih lanjut.	Kesamaan dalam area penelitian, yaitu disparitas layanan kesehatan.	Tidak spesifik pada layanan kesehatan rumah sakit apung
3	Healthcare Access and Health Beliefs of Indigenous Peoples in Remote Amazonian Peru (Brierley CK et al, 2014, Am J Trop Med Hyg, Vol 90(1):180-3)	Kemiskinan, rumah yang terlalu penuh, dan sanitasi yang buruk merupakan permasalahan terbesar di daerah terpencil.	Serupa dalam area penelitian, yaitu daerah terpencil	Hanya mengukur kondisi dan permasalahan yang ada.

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
4	Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence (Fulton BD et al, 2011, Human Resources for Health, Vol 9 (1))	Task shifting merupakan kebijakan yang menjanjikan untuk meningkatkan efisiensi dan produktivitas layanan kesehatan. Diperlukan evaluasi dan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui hasil, mutu, dan biaya.	Memiliki fokus area yang serupa dalam hal pemberdayaan SDM	Tidak berfokus pada rumah sakit apung
5	A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services (Colvin CJ et al, 2013, Midwifery, Vol 29(10):1211-21)	Meskipun task shifting merupakan kebijakan yang sangat baik untuk mengatasi krisis layanan kesehatan, tetapi diperlukan perencanaan yang baik, implementasi dan supervisi untuk menjamin dampak yang optimal dan aman.	Memiliki fokus area yang serupa dalam hal pemberdayaan SDM	Tidak berfokus pada rumah sakit apung
6	Project HOPE Volunteers and the Navy Hospital Ship Mercy (Timboe HL and Holt GH, 2006, Mil Med, Vol 171(10 Suppl 1):34-6)	Sukarelawan dapat dengan cepat terintegrasi dengan tenaga kesehatan angkatan laut untuk memberikan layanan kesehatan berkualitas tinggi.	Terdapat pembahasan mengenai pemberdayaan SDM di rumah sakit apung	Perbedaan lokus (negara) dan rumah sakit apung Militer

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
7	Hospital Ships Adrift? Part 1: A Systematic Literature Review Characterizing US Navy Hospital Ship Humanitarian and Disaster Response 2004-2012 (Derek Licina, 2013, Prehosp Disaster Med, Vol 28(3):230-8)	Penggunaan rumah sakit apung angkatan laut untuk kepentingan militer dan kemanusiaan belum memiliki data yang cukup untuk diukur dampaknya.	Meneliti mengenai dampak rumah sakit apung.	Metodologi penelitian berupa systematic review Perbedaan lokus (negara)
8	White hull or white elephant? Soft power and the Chinese hospital ship, the Peace Ark (Diehl G and Major S, 2015, Defense & Security Analysis)	rumah sakit apung yang digunakan untuk bantuan kemanusiaan dapat dipertimbangkan sebagai kekuatan lembut untuk negosiasi antar negara.	Topik penelitian terkait rumah sakit apung	Perspektif penelitian yang melihat tujuan politik dalam pemanfaatan rumah sakit apung
9	Determining Hospital Ship (T-AH) Staffing Requirements for Humanitarian Assistance Missions (Negus T et al, 2006, Mil Med)	Perlu perencanaan yang baik untuk pemanfaatan rumah sakit apung untuk mendapatkan SDM yang sesuai. Langkah – langkah supervisi dan evaluasi juga perlu dilakukan untuk mencapai standar yang diharapkan.	Topik penelitian terkait manajemen SDM untuk rumah sakit apung	Perbedaan lokus (negara) dan spesifikasi kapal (militer)

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
10	Partnerships in mental healthcare service delivery in low-resource settings: developing an innovative network in rural Nepal (Acharya B et al, 2017, Global Health, Vol 13(1):2)	Pembentukan jejaring kemitraan dan pemberdayaan SDM dengan kompetensi yang berbeda disertai dengan pelatihan dan supervisi merupakan hal yang menjanjikan untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan jiwa di daerah rural.	Membahas mengenai pemberdayaan SDM untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan di daerah terpencil.	Fokus pada kesehatan jiwa.
11	A systematic review of task – shifting for HIV treatment and care in Africa (Callaghan M et al, 2010, Human Resources for Health, Vol 8:8)	Task shifting merupakan strategi yang efektif untuk mengatasi kekurangan SDM kesehatan dalam pengobatan dan perawatan HIV.	Pemberdayaan SDM kesehatan dalam konteks kekurangan SDM.	Fokus pada HIV dengan lokus di Afrika. Perbedaan metodologi penelitian (systematic review)
12	Task Shifting for Non-Communicable Disease Management in Low and Middle Income Countries – A Systematic Review (Joshi R et al, 2014, PLoS One, Vol 9(8))	Task shifting dari dokter kepada tenaga kesehatan non dokter yang disertai dengan sistem kesehatan yang baik dapat menjadi strategi yang menjanjikan untuk meningkatkan akses layanan kesehatan pada Non Communicable Disease.	Pemberdayaan SDM kesehatan non dokter untuk meningkatkan akses layanan.	Fokus pada Non Communicable Disease Perbedaan metodologi penelitian (systematic review)

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
13	Model Strategi Pengembangan Sumber Daya Manusia Agroindustri Kopi Gayo dalam Menghadapi Masyarakat Ekonomi ASEAN (Fadhil R, et al, 2017, Jurnal Manajemen Teknologi, Vol 16(2), 141-156)	Strategi pengembangan SDM agroindustri kopi Gayo merupakan tindakan strategis untuk melahirkan kompetensi dan kualitas pelaku agroindustri dengan daya saing yang tinggi terutama dalam menghadapi persaingan global dan persaingan dalam kawasan MEA melalui berbagai program pengembangan kapasitas SDM.	Serupa dalam hal pembentukan model pengembangan sumber daya manusia.	Fokus pada industri yang berbeda, yaitu agroindustri Kopi Gayo
14	Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Sistem Rujukan Kesehatan Daerah Kepulauan Di Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau (Luti I, Hasanbasri M, Lazuardi L, 2012, Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, Vol 1(1), 24-35)	Sistem rujukan di Kabupaten Lingga telah berjalan cukup baik, namun belum sepenuhnya melibatkan partisipasi masyarakat dalam suatu sistem pelayanan yang terintegrasi.	Serupa dalam hal area penelitian, yaitu kepulauan	Hanya mengukur terkait rujukan pasien ke fasilitas kesehatan yang sesuai

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
15	Evaluasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sangat Terpencil di Kabupaten Buton (Herman dan Mubasysyir Hasanbasri, 2008, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol 11(3), 103-111)	Kebijakan penempatan tenaga kesehatan belum dapat mengatasi kekurangan tenaga di puskesmas sangat terpencil. Tidak adanya insentif dan ketidakjelasan pengembangan karir dan penghargaan bagi mereka merupakan penyebab tenaga tidak retensi, sehingga di puskesmas sangat terpencil kekurangan tenaga.	Serupa dalam hal area penelitian, yaitu daerah kepulauan dan fokus pada SDM.	Penelitian ini berfokus pada kebijakan penempatan tenaga kesehatan dan faktor yang mempengaruhi.
16	Dukun Bayi Dalam Persalinan Oleh Masyarakat Indonesia (Rina Anggorodi, 2009, Makara Kesehatan, Vol 13(1), 9-14)	Kemitraan merupakan salah satu solusi untuk menurunkan masalah kematian ibu dan bayi yang terutama akan menguntungkan daerah – daerah terpencil dimana akses terhadap pelayanan kesehatan sangat terbatas	Adanya inisiatif masyarakat DTPK untuk mendapatkan akses layanan kesehatan. Pemberdayaan SDM dalam konstruksi kerjasama antara profesional dengan SDM terlatih.	Tidak berfokus pada layanan kesehatan rumah sakit

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
17	Pengaruh Lingkungan Kerja, Service Training dan Pemberdayaan SDM Terhadap Kepuasan Kerja Karyawan Pada PT. PLN (Persero) Cabang Manado (Thomas S et al, 2018, Jurnal EMBA, Vol 6 (1), 321-330)	Lingkungan kerja, service training dan pemberdayaan SDM berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan kerja karyawan baik simultan maupun parsial.	Meneliti mengenai pemberdayaan SDM terhadap kepuasan kerja	Fokus bukan pada SDM kesehatan
18	Analisis Implementasi Kebijakan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) (Gurendro Putro dan Iram Barida, 2018, Media Litbangkes, Vol 28 (1), 15-24)	Ketersediaan jumlah dan jenis tenaga kesehatan di puskesmas DTPK saat ini belum sesuai dengan syarat ideal kebijakan Kementerian Kesehatan RI. Kompetensi tenaga kesehatan di puskesmas DTPK masih bersifat kompetensi dasar keilmuan sesuai jenis pendidikan. Penempatan tenaga kesehatan perlu mendapatkan tambahan kompetensi khusus yang disesuaikan dengan karakteristik di puskesmas DTPK.	Penelitian mengenai SDM dengan lokus yang sama (DTPK)	Tidak membahas mengenai pemberdayaan SDM dan rumah sakit apung

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
19	What Do Indonesian Nurses Want? Retaining Nurses in Rural and Remote Areas of Indonesia (Efendi F et al, 2014, Online Journal of Rural Nursing and Health Care, Vol 14(2), 32-42)	Insentif finansial dan non finansial berkorelasi positif dengan keinginan untuk tinggal di daerah rural.	Lokus penelitian terkait SDM kesehatan di DTPK.	Membahas mengenai retensi SDM perawat di DTPK
20	Motivation of Strategic Health Workers to Work in Remote, Border, and Outer Island Areas (RBOIA) of Indonesia (Sutrisnawati NND et al, 2017, KnE Life Sciences)	Pemerintah setempat perlu mempertimbangkan situasi spesifik dalam mengembangkan kebijakan lokal dalam retensi SDM kesehatan.	Lokus penelitian terkait SDM kesehatan di DTPK	Membahas mengenai motivasi untuk retensi SDM kesehatan di DTPK
21	Desa Siaga: Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Melalui Peran Bidan di Desa (Nawalah H et al, 2012, The Indonesian Journal of Public Health Vol 8(3), 91-8)	Keberhasilan program desa siaga sangat bergantung pada partisipasi dan peran bidan di desa.	Lokus penelitian terkait pemberdayaan SDM kesehatan di desa	Membahas mengenai bidan pada program pemberdayaan masyarakat di desa

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
22	Pemberdayaan Keluarga dan Kader Kesehatan Jiwa dalam Penanganan Pasien Harga Diri Rendah Kronik dengan Pendekatan Model Precede L. Green di RW 06, 07, dan 10 Tanah Baru Bogor Utara (Pramujiwati D et al, 2013, Jurnal Keperawatan Jiwa, Vol 1(2), 170-7)	Dukungan sosial di komunitas terutama memberdayakan keluarga dan kader dalam merawat pasien harga diri rendah kronik memberikan manfaat positif.	Pemberdayaan SDM di bidang kesehatan.	Fokus pada kesehatan jiwa.
23	Upaya Pemberdayaan Ibu Hamil untuk Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan Trimester Satu (Sugiarti et al, 2012, The Indonesian Journal of Public Health, Vol 9 (1), 27-36)	Ibu hamil dengan otonomi pribadi yang lebih baik akan mendeteksi risiko dan menilai kehamilan mereka serta dapat memilih institusi pelayanan kesehatan.	Pemberdayaan SDM di bidang kesehatan.	Fokus pada pelayanan kesehatan ibu hamil.
24	Task-shifting and task-sharing in neurosurgery: an international survey of current practices in low-and middle-income countries. (Robertson et al, 2020. World neurosurgery: X, 6)	Pengembangan model task shifting dengan 3 fase yaitu fase pelatihan, fase praktik, dan fase pemeliharaan	Fokus pada pengembangan model task shifting	Terbatas pada bidang bedah saraf

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
25	Point-of-care HIV viral load testing combined with task shifting to improve treatment outcomes (STREAM): findings from an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. (Drain PK et al, 2020, The Lancet HIV, Vol 7 (4), e229-e327)	Kombinasi pemeriksaan viral load di tempat dengan task shifting secara signifikan meningkatkan supresi virus dan retensi pada perawatan HIV di lokus dengan keterbatasan sumber daya.	Meneliti mengenai task shifting pada daerah dengan keterbatasan sumber daya.	Fokus pada kasus HIV.
26	How can task shifting put patient safety at risk? A qualitative study of experiences among general practitioners in Norway (Kirsti Malterud, Aase Aamland & Anette Fosse ,2020, Scandinavian Journal of Primary Health Care, Vol 38 (1), 24-32)	Risiko keselamatan pasien meningkat bila task shifting dilakukan tanpa proses sistematis yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan.	Meneliti mengenai task shifting pada bidang kesehatan. Desain penelitian kualitatif.	Fokus pada keselamatan pasien, lokus di Norwegia.
27	Task shifting of intraocular injections from physicians to nurses: a randomized single-masked noninferiority study. (Bolme et al, 2019, Acta Ophthalmologica)	Task shifting dari dokter mata ke perawat untuk tindakan injeksi intravitreal dapat dilakukan tanpa meningkatkan risiko. Hal ini dapat mengurangi beban sistem kesehatan yang ada.	Meneliti mengenai task shifting pada tindakan invasif.	Desain penelitian kuantitatif, uji acak terkontrol. Lokus penelitian pada negara maju.

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
28	Recruitment, training and supervision of nurses and nurse assistants for a task-shifting depression intervention in two RCTs in Brazil and Peru. (Rocha, T.I.U., Aschar, S.C.d.A.L., Hidalgo-Padilla, L. et al ,2021, Hum Resour Health, Vol 19 (16))	Rekrutmen, pelatihan, dan supervisi dari tenaga non profesional merupakan hal yang penting pada penerapan intervensi mHealth untuk kasus depresi.	Penelitian terkait task shifting pada perawat dan asisten perawat di negara berkembang.	Desain penelitian kuantitatif, uji acak terkontrol. Dilakukan pada kasus kesehatan jiwa.

2.3. Posisi Penelitian

Secara umum penelitian di bidang manajemen sumber daya manusia telah cukup banyak dilakukan, termasuk dalam bidang kesehatan. Namun, penelitian terkait pemberdayaan SDM baik internal maupun pemberdayaan masyarakat, khususnya di daerah terpencil belum banyak dilakukan. Terdapat beberapa penelitian manajemen SDM yang dilakukan dalam konteks kesehatan di daerah terpencil, tetapi umumnya berupa penelitian yang mengarah kepada penilaian motivasi dan retensi SDM untuk daerah terpencil. Hal ini tentu menjadi permasalahan tersendiri karena permasalahan retensi SDM masih terjadi di daerah terpencil, sementara solusi untuk mengatasi permasalahan tersebut belum dapat dikembangkan dengan baik. Penelitian ini berkontribusi sebagai kajian di bidang manajemen SDM, khususnya dalam hal pemberdayaan SDM di daerah terpencil. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu solusi yang dapat dikembangkan dan bermanfaat untuk akademisi maupun penentu kebijakan praktis di Indonesia. Pemodelan di bidang sumber daya manusia telah dilakukan pada agroindustri kopi gayo, tetapi dalam bidang kesehatan pemodelan di bidang sumber daya manusia, khususnya task shifting belum dijumpai.

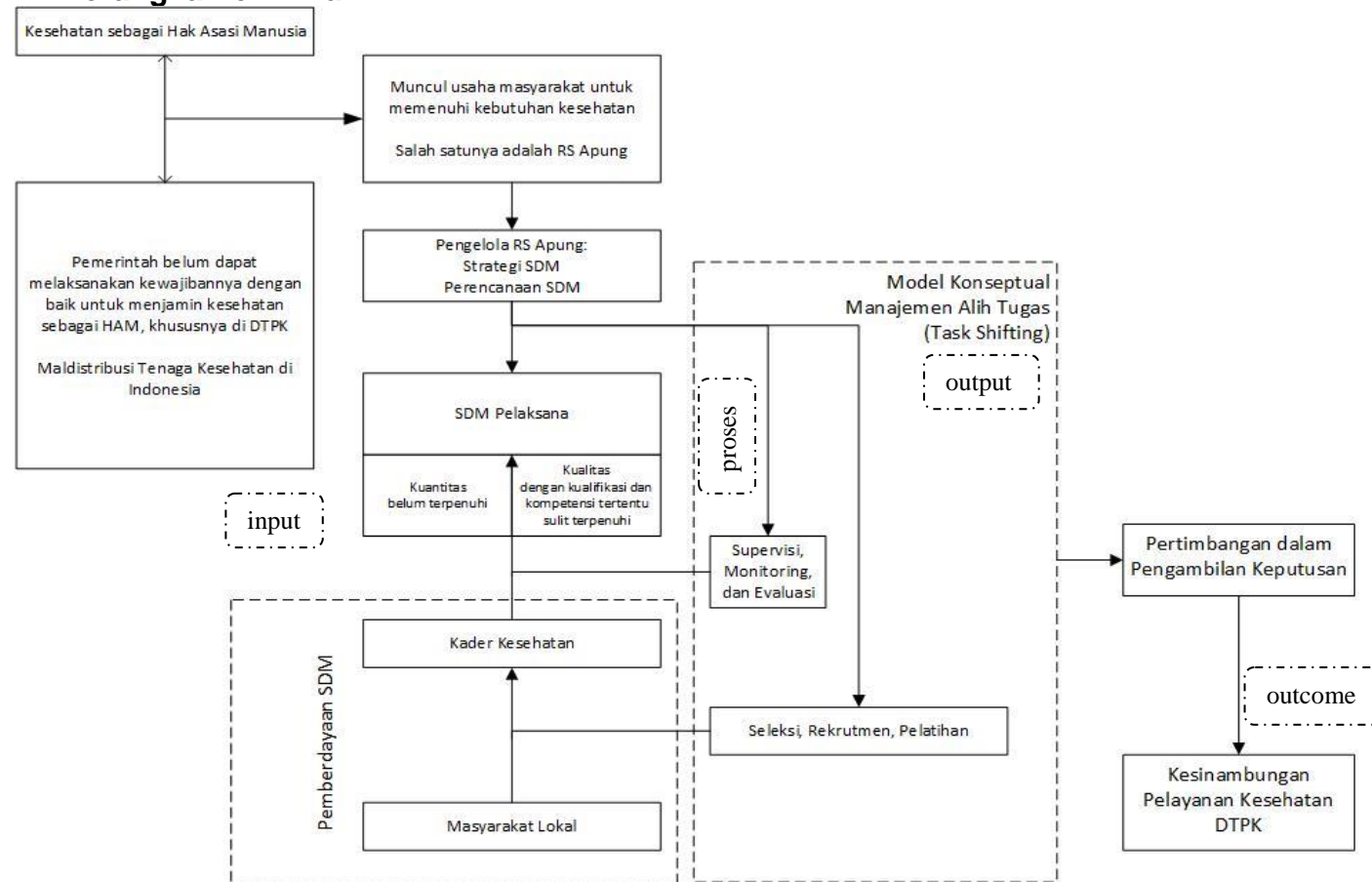
Banyak penelitian yang telah dilakukan terkait disparitas layanan kesehatan di daerah terpencil. Hingga saat ini penelitian –

penelitian tersebut masih tergolong relevan dalam membahas permasalahan di daerah terpencil karena belum terjadi keseimbangan dalam pelayanan kesehatan di daerah terpencil. Penelitian terkait dengan rumah sakit apung belum ada di Indonesia, meskipun di beberapa negara lain telah dilakukan penelitian. Pemanfaatan rumah sakit apung yang ada di negara lain juga dimaksudkan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan di daerah atau wilayah yang memiliki keterbatasan sumber daya. Kerangka konsep pemberdayaan SDM kesehatan sendiri sebenarnya telah dikembangkan oleh WHO dalam bentuk *Task shifting*. Hal tersebut menggambarkan bahwa konsep pemberdayaan SDM di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk solusi yang dapat dikembangkan untuk pemerataan pelayanan kesehatan dan memberikan kesinambungan pelayanan kesehatan di daerah terpencil.

Dalam era jaminan kesehatan nasional di Indonesia kendali mutu dan kendali biaya menjadi faktor kunci untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik. Secara khusus penelitian terkait rumah sakit apung di Indonesia akan menjadi inovasi untuk mengatasi disparitas di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Model pemberdayaan SDM yang diharapkan adalah model yang juga memperhatikan kendali biaya dan kendali mutu. Adanya model pemberdayaan SDM di rumah sakit apung

diharapkan dapat dikembangkan dan diterapkan sebagai solusi untuk menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Oleh karena itu, penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang besar khususnya dalam menanggulangi disparitas layanan kesehatan di Indonesia.

2.4. Kerangka Pemikiran



Gambar 2.4. Kerangka Pemikiran
 Sumber: Hasil penelitian, 2018-2021

Kesehatan merupakan Hak Asasi Manusia yang pemenuhannya diatur oleh Undang – Undang. Minimnya akses pelayanan kesehatan di berbagai daerah di Indonesia menggambarkan adanya permasalahan yang belum teratasi. Hal ini tidak hanya terjadi di Indonesia, tetapi juga dialami oleh negara berkembang lainnya (Brierley CK et al, 2014). Adanya ketidakseimbangan dalam pelayanan kesehatan urban dan rural serta buruknya derajat kesehatan di Indonesia memerlukan strategi yang tepat untuk mengatasi masalah-masalah tersebut. Beberapa hal yang diduga menyebabkan permasalahan tersebut di antaranya sedikitnya jumlah SDM kesehatan karena maldistribusi di DTPK. Pemerintah telah berusaha melakukan berbagai kebijakan untuk mengatasi permasalahan tersebut (Luti I et al, 2012; Gurendro Putro, 2018).

Alternatif untuk mengatasi maldistribusi tenaga kesehatan adalah dengan memanfaatkan potensi lokal seperti kader kesehatan. Beberapa keuntungan pemanfaatan kader kesehatan lokal adalah mereka memiliki wawasan yang baik terhadap kondisi setempat termasuk budaya orang – orang yang dilayani. Selain itu, secara motivasi SDM lokal juga tidak memiliki hambatan yang besar karena mereka tinggal di lokasi tersebut. Namun, pemanfaatan kader lokal tentunya memerlukan pelatihan dan

supervisi yang baik untuk menjamin kualitas layanan kesehatan yang diberikan.

Dalam mewujudkan hak atas kesehatan bagi masyarakatnya, pemerintah dapat bekerjasama dengan berbagai pihak seperti akademisi, sektor swasta, bahkan dengan negara lain. Usaha dan inovasi yang berasal masyarakat di DTPK untuk mendapatkan layanan kesehatan sempat muncul beberapa kali seperti klinik apung, rumah sakit apung, kapal kemanusiaan, *flying doctor*, dan lainnya. Umumnya bentuk inisiatif tersebut muncul sesuai dengan kondisi setempat, misalnya klinik apung di Palembang muncul sesuai dengan pemanfaatan sungai sebagai jalur transportasi setempat; begitu pula dengan rumah sakit apung yang muncul di wilayah kepulauan. Hal serupa juga dilakukan di berbagai belahan dunia dan kesenjangan antara urban dan rural jelas ditemukan (Wilson NW et al, 2009).

Pada tahun 2013 di Indonesia mulai dikembangkan sebuah rumah sakit apung oleh yayasan nirlaba Dokter Peduli (Doctorshare, 2013). Rumah sakit apung ini terdiri dari dua tingkat. Bagian dasar digunakan sebagai ruang Rontgen, EKG, USG, serta laboratorium. Di tingkat atas terdapat Kamar Bedah, Ruang Resusitasi, Ruang Dokter, dan sebagainya. Pada tahun 2015 yayasan tersebut bekerjasama dengan yayasan Ekadharna mengembangkan sebuah rumah sakit apung lainnya dan pada

tahun 2018 direncanakan akan muncul lagi sebuah rumah sakit apung yang lebih besar. Selain Doctorshare, juga ditemukan beberapa pihak lain yang mengembangkan pelayanan kesehatan rumah sakit apung seperti Mer-C (MER-C, 2017) dan Universitas Airlangga (Bes, 2017). Berdasarkan hal tersebut, maka pada tahun 2018 Indonesia memiliki 5 rumah sakit apung di luar keperluan militer.

Dalam bidang kesehatan, khususnya rumah sakit, peraturan yang menjadi acuan adalah Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Namun, dalam kedua undang – undang tersebut tidak dijelaskan secara spesifik mengenai rumah sakit apung sebagai suatu entitas tersendiri. Petunjuk teknis pelaksanaan RS bergerak lebih detail dicantumkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 58/Menkes/SK/I/2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Bergerak. Pada aturan tersebut dijelaskan definisi RS bergerak:

Dalam usaha merawat kesehatan sebagai bagian dari mempertahankan kehidupan, masyarakat daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan seringkali berupaya memanfaatkan pengetahuan tradisional atau bergantung pada tenaga kesehatan dengan kompetensi yang terbatas (Rina Anggodi, 2009). Hal tersebut menggambarkan adanya konstruksi metode *task shifting*

dalam pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Definisi *task shifting* menurut WHO adalah, “*Task shifting is the name now given to a process of delegation whereby tasks are moved, where appropriate, to less specialized health workers.*” (WHO, 2007).

Penelitian terkait pemanfaatan sumber daya manusia setempat untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan telah dilakukan di berbagai negara berkembang (Fulton BD, 2011). Salah satu contohnya adalah untuk meningkatkan akses terhadap layanan persalinan yang aman (Colvin CJ, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan faktor yang menunjang untuk penerapan *task shifting* antara lain adanya kebijakan yang jelas, prosedur yang jelas, dukungan dan komitmen pemerintah, fokus masalah yang jelas, alur rujukan yang sistematis, kebutuhan akan jumlah tenaga kesehatan, dan kurangnya ketrampilan tenaga kesehatan (Dambisya & Matinhure, 2012). Faktor- faktor yang dapat menghambat adalah resistensi terhadap perubahan, aturan profesi, korupsi, kurangnya pengetahuan, perencanaan yang buruk, kurangnya panduan pelaksanaan, beban kerja yang tinggi, kurangnya penghargaan, regulasi yang tidak jelas, persaingan kerja di bidang profesi tenaga kesehatan profesional (Dambisya & Matinhure, 2012). Hasil tersebut

menunjukkan pentingnya regulasi dalam mendorong efektivitas usaha pemerataan layanan kesehatan.

Konstruksi metode *task shifting* memiliki kesamaan dengan layanan kesehatan rumah sakit apung, keduanya memiliki tujuan yang sama dalam hal pemerataan kesehatan. Belajar dari pengalaman *task shifting* di beberapa negara, maka pembentukan regulasi dan konsep yang sesuai perlu dilakukan untuk mendukung layanan rumah sakit apung dalam memberikan akses layanan kesehatan yang merata bagi masyarakat DTPK.

Pada tahun 2008, WHO mengeluarkan rekomendasi mengenai *task shifting* untuk sebuah negara mengadopsi, menciptakan regulasi, memastikan kualitas pelayanan, hingga memastikan keberlangsungan pelayanan. Berdasarkan rekomendasi tersebut, maka untuk melakukan pemerataan akses layanan kesehatan dibutuhkan dukungan politik dari pemerintah (WHO, 2008). Dukungan politik tersebut diwujudkan dalam regulasi yang memungkinkan implementasi metode yang dikembangkan pada daerah yang membutuhkan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat.

Bila mengacu pada teori manajemen (Taylor dalam Ivancevich 2018), maka ilmu manajemen dapat digunakan untuk mengatasi permasalahan tersebut. Prinsip manajemen yang digunakan dalam penelitian ini bermanfaat dalam mengembangkan

ilmu untuk setiap elemen dari pekerjaan karyawan, melatih secara ilmiah, memastikan seluruh proses berjalan dengan ilmiah, dan mencapai tujuan yang direncanakan. Dari bidang ilmu manajemen administrasi kesehatan, maka proses pembentukan model ini diharapkan juga melalui proses manajemen yang terdiri dari perencanaan, organisasi, pengarahan, pengendalian, dan koordinasi sumber daya dan prosedur yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan dan lingkungan yang sehat untuk pelayanan pada klien perseorangan, organisasi, dan komunitas.

Teori organisasi yang digunakan merupakan teori organisasi modern yang bersifat terbuka dimana semua unsur organisasi merupakan satu kesatuan dan saling bergantung satu dengan yang lain. Berdasarkan teori organisasi modern, maka pemberdayaan SDM pada rumah sakit apung tidak hanya bergantung pada SDM internal atau karyawan rumah sakit apung saja, tetapi juga dapat melibatkan masyarakat luas. Peran masyarakat dalam organisasi ini juga jauh lebih besar dan fleksibel, baik sebagai pendukung berjalannya operasional rumah sakit apung, maupun masyarakat yang aktif berperan sebagai tenaga kesehatan di rumah sakit apung. Dalam hal ini konsep task shifting atau pemberdayaan SDM menjadi lebih menonjol.

Kondisi tersebut tentunya juga relevan dengan teori manajemen SDM yang dikemukakan oleh DeCenzo dan Robbins

(2015) yang mengemukakan bahwa perkembangan manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) terus mengalami perubahan seiring dengan perkembangan jaman dan dunia persaingan usaha. Sebagai bagian dari dunia usaha, manajemen SDM harus bersiap untuk menghadapi perubahan global, perubahan teknologi, keanekaragaman bentuk pekerjaan, kelangkaan SDM, perubahan kebutuhan keterampilan, inisiatif peningkatan yang berkesinambungan, dan berbagai hal lainnya. Selain itu, mereka juga menekankan bahwa manajemen SDM adalah bagian dari organisasi yang berfokus pada dimensi pekerja/karyawan dengan fungsi dasar dari manajemen SDM adalah *staffing, training and development, motivation, dan maintenance*.

Keterlibatan masyarakat luas tentunya juga akan mempengaruhi perilaku organisasi yang berkembang di rumah sakit apung. Berdasarkan pengertian perilaku organisasi menurut Thoha (2014:5), maka perlu diperhatikan keterlibatan orang – orang tersebut, disesuaikan dengan struktur organisasi, teknologi yang digunakan, dan lingkungan setempat. Hal ini tentu memberikan tantangan tersendiri mengingat kondisi SDM di DTPK memiliki karakteristik yang berbeda dengan kondisi SDM di kota-kota besar.

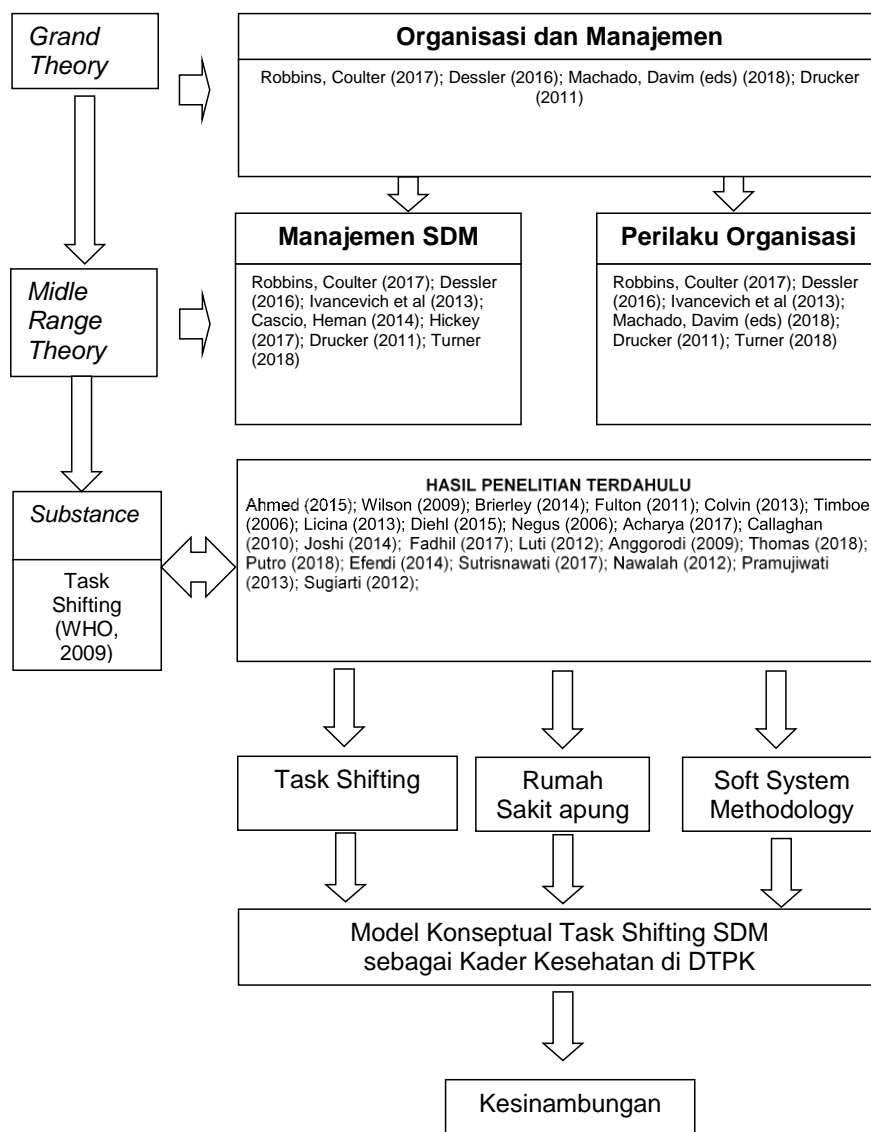
Pemberdayaan menjadi kunci pada pengembangan model ini sesuai dengan teori menurut Cook dan Steve yang dikutip oleh Sedarmayanti (2014:81) menyatakan bahwa pemberdayaan

(empowerment) merupakan perubahan yang terjadi pada falsafah manajemen, yang dapat membantu menciptakan suatu lingkungan dimana setiap individu dapat menggunakan kemampuan dan energinya untuk meraih tujuan organisasi. Konsep pemberdayaan dalam hal ini juga mengadopsi strategi Task shifting WHO yang dikemukakan pada tahun 2008, dengan prinsip Treat, Train, and Retain.

Pada dasarnya konsep task shifting dari WHO tersebut dikembangkan untuk penanganan kasus HIV di Afrika. Kendala yang dihadapi adalah adanya disparitas layanan kesehatan karena kurangnya SDM yang kompeten. Pasien HIV diobati, kemudian dilatih untuk menjadi kader kesehatan bagi pasien lainnya. Strategi tersebut didesain sedemikian rupa untuk menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membentuk sebuah model konseptual pemberdayaan SDM di DTPK. Pemodelan yang digunakan merupakan Soft System Methodology dari Checkland. Metodologi ini dipilih karena permasalahan tidak dapat diformulasikan dengan baik menggunakan metodologi *Hard Operational Research*. Beberapa kendala yang menghambat formulasi sistem dengan metodologi Hard OR adalah masalah yang ada tidak dapat dijelaskan dengan spesifik dan tidak terstruktur dengan jelas, masalah tersebut tidak dapat dipisahkan dari sistem

kesehatan yang lebih besar, dan pengambil keputusan tidak selalu dapat langsung mengambil keputusan karena hal-hal tersebut. Diharapkan model konseptual yang terbentuk dapat menjadi landasan dalam pengambilan keputusan terkait manajemen SDM di DTPK, khususnya dalam hal manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan untuk menjamin keberlangsungan layanan kesehatan.



Gambar 2.5. Landasan Teori Secara Keseluruhan

2.5. Proposisi Penelitian

Proposisi yang penulis ajukan dalam penelitian ini adalah:

1. Manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung saat ini memiliki karakteristik dan tantangan tersendiri.
2. Berbagai kendala yang dijumpai terkait manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung dapat melibatkan faktor internal maupun eksternal
3. Berbagai variabel perlu dipertimbangkan dalam manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung
4. Dibutuhkan model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung untuk menjamin kesinambungan layanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan di Indonesia

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Metodologi Penelitian

Penelitian ini merupakan perumusan model konseptual berdasarkan studi kualitatif dengan analisis deskriptif. Perumusan model ditujukan untuk menyusun suatu sistem yang merepresentasikan dunia nyata dan dapat digunakan sebagai pengambilan keputusan. Penelitian berjenis kualitatif maksudnya adalah penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran yang utuh (mendalam) mengenai suatu hal. Penelitian kualitatif berhubungan dengan ide, persepsi, pendapat, kepercayaan orang, yang tidak dapat diukur dengan angka dan tidak dapat dirumuskan secara pasti sehingga penelitian ini bukan untuk digeneralisasi secara kuantitatif (angka).

Dalam penelitian kualitatif fenomena – fenomena yang ada bersifat holistik (menyeluruh, tidak dapat dipisah – pisahkan), sehingga peneliti kualitatif tidak akan menetapkan penelitiannya hanya berdasarkan variabel penelitian, tetapi keseluruhan situasi sosial yang diteliti. Dalam menghasilkan analisis yang mendalam, gambaran fenomena praktis didapatkan melalui wawancara mendalam dengan pendekatan fenomenologi, yaitu bagaimana manusia memahami suatu peristiwa dan makna yang mereka berikan bagi peristiwa tersebut (Yin, 2011) (Albusaidi, 2008). Subjek wawancara ditetapkan sejak awal narasumber

yang ahli di bidangnya, yaitu pengelola rumah sakit apung serta perwakilan masyarakat sebagai bagian dari komunitas sasaran dalam model yang akan dikembangkan. Untuk mengurangi bias, dilakukan triangulasi terhadap informasi narasumber. Triangulasi dilakukan melalui wawancara konfirmasi pada orang yang menguasai atau terlibat dalam hal-hal yang perlu dikonfirmasi. Sesuai dengan tujuan penelitian ini, maka wawancara dimulai dengan mendapatkan perspektif dari pengelola rumah sakit apung terkait kebijakan kesehatan rumah sakit apung.

Analisis deskriptif untuk interpretasi data hasil wawancara dilakukan dengan terlebih dahulu mengelompokkan tema data yang dikumpulkan. Data dalam tiap tema dibandingkan dan dilakukan interpretasi. Hasil yang diharapkan berupa gambaran secara sistematis mengenai kebijakan kesehatan terkait rumah sakit apung.

3.2. Tujuan Studi: Exploratory Research

Penelitian dengan menggunakan pendekatan kualitatif, seperti telah diuraikan sebelumnya, pada dasarnya berupaya untuk mencari penjelasan yang bersifat deskriptif. Penelitian kualitatif juga menguji teori yang digunakan secara lebih mendalam berdasarkan temuan dan interpretasi atas data yang ada di lapangan. Dalam konteks tersebut, penelitian ini juga berupaya membuat deskripsi yang menjelaskan implementasi strategik dalam kerangka yang utuh dan holistik. Secara teoritis, penelitian ini sesuai dengan bentuk exploratory research, yang

berusaha mencari jawaban atas fenomena yang dihadapi berdasarkan pada teori sebagai kerangka kriteria dan penelusuran untuk jawaban tersebut.

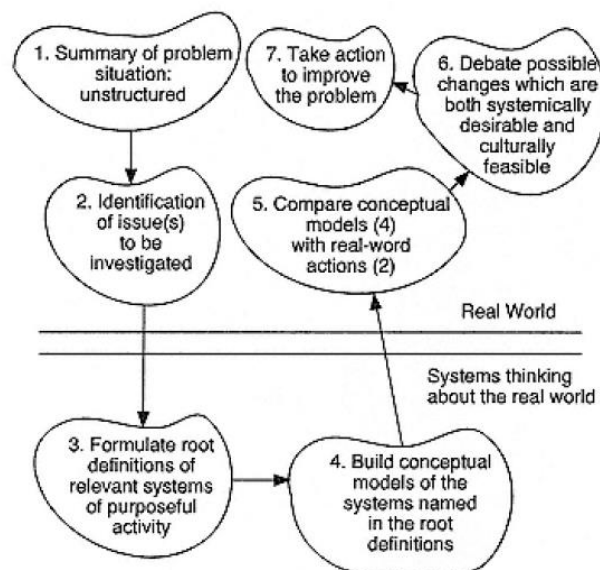
3.3. Studi Kasus Ganda

Pada penelitian ini dilakukan studi kasus ganda. Saat ini penulis mengidentifikasi pada Yayasan Dokter Peduli (Doctorshare) terdapat 3 rumah sakit apung dengan spesifikasi yang berbeda – beda, yaitu:

1. Rumah Sakit Apung dr. Lie Dharmawan
2. Rumah Sakit Apung Nusa Waluya
3. Rumah Sakit Apung Nusa Waluya II

3.4. Disain Penelitian: Pengembangan Model

Metodologi pengembangan model yang digunakan adalah *Checkland's Soft System Methodology*. Metodologi ini memiliki 7 tahapan, yaitu:



Gambar 3.1. Checkland's Soft System Methodology (Checkland PB & Scholes J, 2006)

Metodologi ini dipilih karena permasalahan tidak dapat diformulasikan dengan baik menggunakan metodologi *Hard Operational Research*. Beberapa kendala yang menghambat formulasi sistem dengan metodologi Hard OR adalah:

1. Masalah tidak dapat dijelaskan dengan spesifik
2. Masalah tidak terstruktur dengan cukup jelas
3. Masalah tidak dapat begitu saja dipisahkan dari sistem yang lebih besar.
4. Tujuan tidak dapat dioptimalisasi karena adanya dinamika perubahan.
5. Orang yang terlibat di dalam sistem memiliki peran aktif.
6. Konsensus dalam pemecahan masalah tidak selalu dapat tercapai.
7. Pengambil keputusan tidak dapat langsung mengambil keputusan.

Berdasarkan *Checkland's Soft System Methodology* terdapat 7 tahapan yang perlu dilakukan, yaitu:

1. Menentukan situasi permasalahan yang belum terstruktur.
2. Melakukan identifikasi alternatif terhadap suatu tema atau sudut pandang yang berbeda dari permasalahan yang ada.
3. Membuat formula akar terhadap setiap tema atau melihat dengan menggunakan CATWOE (*Customers, Actors,*

Transformation Process, Weltanschauung, Owners, Environmental constraints).

4. Membuat model konseptual untuk setiap definisi akar.
5. Membandingkan model konseptual dengan dunia nyata.
6. Diskusi kemungkinan perubahan yang dapat terjadi secara sistem maupun budaya.
7. Lakukan langkah untuk memperbaiki masalah.

Pada penelitian ini langkah pengembangan model yang akan dilakukan adalah langkah nomor 1 hingga nomor 4, yaitu formulasi hingga perumusan model. Langkah implementasi tidak dilakukan dalam penelitian ini dan menjadi tindak lanjut hasil penelitian.

3.4.1. Unit Analisis

Saat ini penulis mengidentifikasi setidaknya ada 3 buah rumah sakit apung dalam naungan Yayasan Dokter Peduli (Doctorshare), yaitu rumah sakit apung Lie Dharmawan, rumah sakit apung Nusa Waluya, dan rumah sakit apung Nusa Waluya II. Dari ketiga rumah sakit apung tersebut peneliti akan mulai wawancara terhadap para pengelola baik dari yayasan hingga pengelola tiap rumah sakit apung.

3.4.2. Keterkaitan data untuk proposisi

Keterkaitan data dan proposisi dilakukan dengan menghubungkan data yang relevan dengan studi proposisi. Hal ini dilakukan untuk

memberikan panduan bagi penelitian ini agar lebih terarah dan terfokus pada tujuan dari penelitian, yaitu perumusan model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung.

3.4.3. Key Informan

Subjek wawancara ditetapkan sejak awal narasumber yang ahli di bidangnya, yaitu pengelola rumah sakit apung serta perwakilan masyarakat sebagai bagian dari komunitas sasaran dalam model yang akan dikembangkan. Selain itu, pengembangan model juga didiskusikan dengan para pakar/ahli untuk mendapatkan pandangan yang lebih komprehensif dan sudut pandang yang berbeda tetapi saling melengkapi model yang dikembangkan. Untuk mengurangi bias, dilakukan triangulasi terhadap informasi dari narasumber kunci. Triangulasi yang dilakukan pada wawancara narasumber kunci adalah menanyakan pertanyaan yang sama atau topik yang sama pada narasumber kunci yang berbeda, kemudian membandingkan hasilnya untuk melihat adanya kesesuaian atau keselarasan informasi yang disampaikan. Sesuai dengan tujuan penelitian ini, maka wawancara dimulai dengan mendapatkan perspektif dari pengelola rumah sakit apung terkait kebijakan kesehatan rumah sakit apung.

3.4.4. Kriteria Interpretasi Temuan – Temuan

Kriteria interpretasi temuan data dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

1. Data diperoleh dari sumber – sumber yang relevan dan bukan merupakan asumsi peneliti.
2. Data dapat diinterpretasikan dengan objektif, sesuai dengan fakta dan menghilangkan unsur bias dan kesalahan.
3. Data harus diinterpretasikan dengan metode yang benar
4. Interpretasi data dilakukan sesuai dengan rumusan masalah yang telah ditetapkan dalam penelitian ini.
5. Data yang diperoleh dari responden yang dianggap memiliki kompetensi dan bisa menjadi representasi untuk menjawab permasalahan yang diajukan dalam penelitian tentang manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung.

3.5. Kriteria Uji Kualitas dan Desain Penelitian

Validasi model dilakukan dengan cara:

1. Validasi internal / verifikasi : untuk menguji model secara logis
2. Validasi eksternal : untuk menguji kesesuaian model dengan dunia nyata

3.5.1. Validitas Konstruk

Dalam pembuktian kualitas suatu penelitian, validitas konstruk merupakan salah satu dari tiga uji yang relevan. Tiga hal yang diperhatikan dalam pembuktian ini:

1. Penggunaan bukti dari berbagai sumber data yang relevan. Data harus valid dan didapatkan dari berbagai sumber dengan pembuktian berupa arsip dokumentasi, rekaman wawancara, pengamatan langsung, dan pembuktian lainnya yang akan dijadikan serangkaian fakta atau temuan peneliti.
2. Membangun rantai pembuktian (chain of evidence). Dalam menganalisis data peneliti memperhatikan keterkaitan antar temuan – temuan yang didapatkan dari berbagai sumber bukti.
3. Peninjauan kembali laporan penelitian oleh key informan, yaitu dengan melihat keterkaitan dengan yang eksplisit antara pertanyaan – pertanyaan yang diajukan, data yang terkumpul dan simpulan yang diambil.

3.5.2. Validitas Internal

Dalam melakukan pengujian validitas internal dilakukan dengan memperhatikan pola kesesuaian, penyusunan penjelasan, dan analisis derek waktu. Pada penelitian ini validasi internal dilakukan dengan diskusi model yang dikembangkan bersama dengan para ahli yang mewakili bidang akademik, praktisi, dan regulator/pemerintah. Penelitian kualitatif

tidak melakukan generalisasi pada temuannya, tetapi dapat dilakukan transferabilitas, artinya hasil penelitian kualitatif dapat berlaku dan diberlakukan di tempat lain bila tempat lain yang dimaksud memiliki ciri – ciri yang mirip atau kurang lebih sama dengan tempat penelitian. Transferabilitas juga dapat diartikan sebagai sebuah proses untuk menghubungkan temuan yang ada dengan praktik kehidupan dan perilaku nyata dalam konteks yang lebih luas.

3.5.3. Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan dengan cara membandingkan hasil temuan dengan prosedur pengumpulan data yang sama pada waktu yang berbeda dengan karakteristik yang sama. Hasil tersebut diharapkan menunjukkan kesamaan. Tujuan uji reliabilitas adalah untuk meminimalkan kesalahan dan penyimpangan yang mungkin terjadi dalam sebuah penelitian.

3.6. Jenis dan Sumber Data

3.6.1. Wawancara

Subjek wawancara ditetapkan sejak awal narasumber yang ahli di bidangnya, yaitu pengelola rumah sakit apung serta pelaksana kegiatan sebagai pihak yang akan melakukan implementasi terhadap model yang akan dikembangkan. Sesuai dengan tujuan penelitian ini, maka wawancara dimulai dengan mendapatkan perspektif dari pengelola rumah

sakit apung terkait kebijakan kesehatan rumah sakit apung. Setelah mendapatkan gambaran awal, maka wawancara akan dikembangkan pada pihak – pihak yang terlibat baik secara operasional, maupun berbagai pihak yang terkait untuk mendapatkan informasi yang kaya (*snowballing*) hingga data yang diperoleh jenuh dan dapat dianalisa. Pada tahap selanjutnya, wawancara juga dilakukan untuk mendapatkan pendapat ahli pada tahapan validasi internal terhadap model yang dikembangkan.

3.6.2. Dokumentasi

Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini didapatkan dari sumber – sumber yang relevan. Sumber data tersebut meliputi tapi tidak terbatas pada peraturan perundangan, data dari lembaga pemerintahan, data dari pengelola rumah sakit apung, jurnal ilmiah, hasil observasi, dan data lainnya dari sumber yang dapat dipercaya.

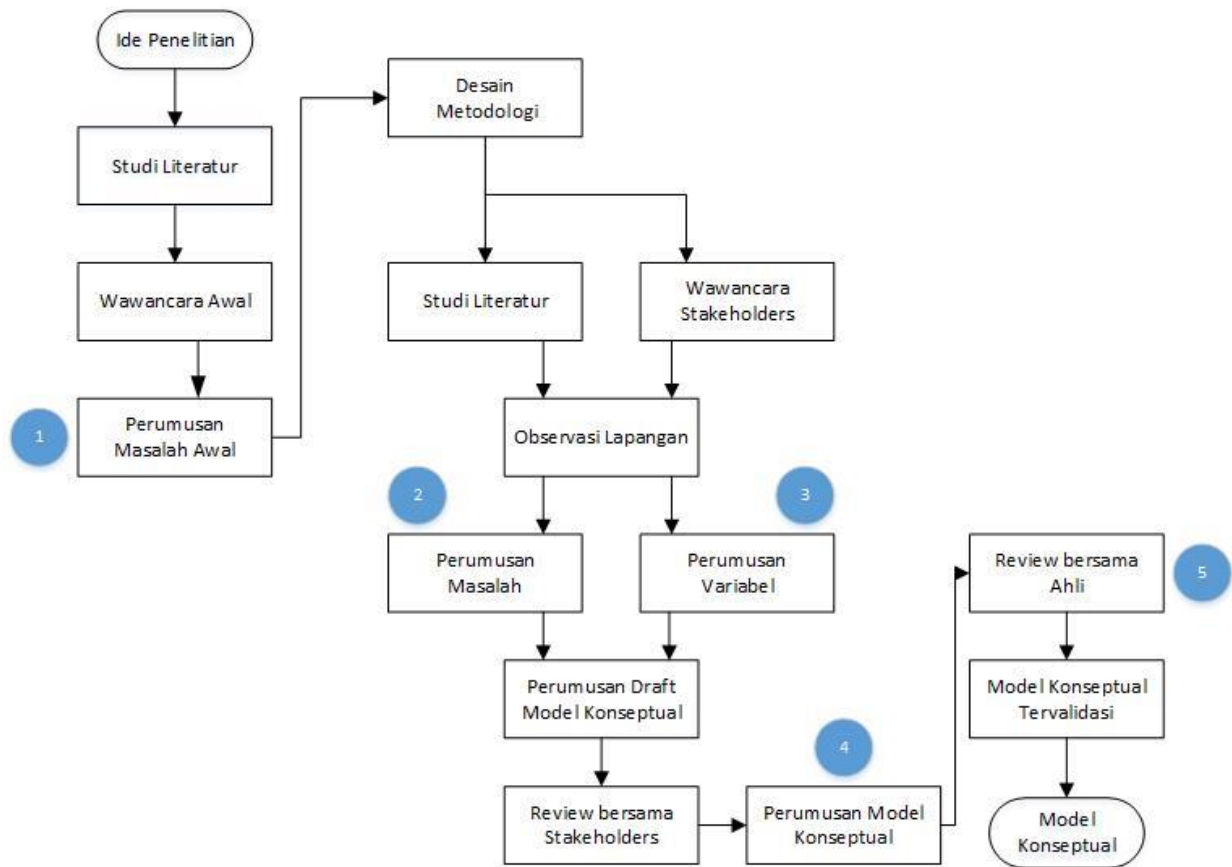
3.7. Teknik Analisis

Analisis deskriptif untuk interpretasi data hasil wawancara dilakukan dengan terlebih dahulu mengelompokkan tema data yang dikumpulkan. Data dalam tiap tema dibandingkan dan dilakukan interpretasi. Hasil yang diharapkan berupa gambaran secara sistematis mengenai kebijakan kesehatan terkait rumah sakit apung. Pengolahan hasil tersebut digunakan untuk menguraikan proposisi yang telah ditetapkan sebelumnya dan mengembangkan model yang diharapkan.

3.8. Operasionalisasi Pokok Kajian

Nomor	Proposisi	Rumusan Masalah	Pokok Kajian	Sumber Informasi	Jenis Data	Teknik Pengumpulan Data	Instrumen
1	Manajemen alih tugas (task shifting) SDM sebagai kader kesehatan di RS Apung saat ini memiliki karakteristik dan tantangan tersendiri	Bagaimana manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di RS Apung saat ini?	Landasan hukum RS apung	Pimpinan yayasan doctorshare	Primer	Wawancara, Studi Literatur	W1.1
			Visi dan Misi RS apung	Pimpinan yayasan doctorshare	Primer	Wawancara	W1.1
			Grand Strategi dan Strategi SDM RS apung	Pimpinan yayasan, koordinator pelaksana	Primer, Sekunder	Wawancara	W1.1, W1.2
			Kuantitas SDM	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer, Sekunder	Wawancara	W1.2
			Kualitas SDM	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer, Sekunder	Wawancara	W1.2
			Kinerja RS apung	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer, Sekunder	Wawancara, Observasi Lapangan	W1.2, O1
2	Berbagai kendala yang dijumpai terkait manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di RS Apung dapat melibatkan faktor internal maupun eksternal.	Kendala apa saja yang dijumpai terkait manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di RS Apung?	Pelaksanaan strategi SDM RS apung	Pimpinan yayasan, koordinator pelaksana	Primer, Sekunder	Wawancara	W1.1, W1.2
			Kuantitas SDM	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer, Sekunder	Wawancara	W1.2
			Kualitas SDM	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer, Sekunder	Wawancara	W1.2
			Kinerja RS apung	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer, Sekunder	Wawancara, Observasi Lapangan	W1.2, O2
			Pelaksanaan alih tugas di RS apung	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer, Sekunder	Wawancara, Observasi Lapangan	W1.2, O2
Kualitas SDM di masyarakat	Koordinator Pelaksana tiap RS apung, tokoh masyarakat, perwakilan masyarakat	Primer, Sekunder	Wawancara, Observasi Lapangan, Studi Literatur	W1.2, W2.3, O2			
3	Berbagai variabel perlu dipertimbangkan dalam manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di RS Apung	Variabel apa saja yang perlu dipertimbangkan dalam manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di RS Apung?	Pelaksanaan alih tugas di RS apung	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer, Sekunder	Wawancara, Observasi Lapangan	W3.2, O3
			Kualitas SDM di masyarakat	Koordinator Pelaksana tiap RS apung, tokoh masyarakat, perwakilan masyarakat	Primer, Sekunder	Wawancara, Observasi Lapangan, Studi Literatur	W3.2, W3.3, O3
			Kemungkinan pemberdayaan masyarakat sebagai kader kesehatan	Koordinator Pelaksana tiap RS apung, tokoh masyarakat, perwakilan masyarakat	Primer, Sekunder	Wawancara, Observasi Lapangan, Focus Group Discussion, Studi Literatur	W3.2, W3.3, O3, F3
			Proses seleksi kader kesehatan	Koordinator Pelaksana tiap RS apung, tokoh masyarakat, perwakilan masyarakat	Primer, Sekunder	Wawancara, Observasi Lapangan, Focus Group Discussion, Studi Literatur	W3.2, W3.3, O3, F4
			Proses pelatihan kader kesehatan	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer	Wawancara, Observasi Lapangan, Studi Literatur	W3.2, O3
			Proses supervisi kader kesehatan	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer	Wawancara, Observasi Lapangan, Studi Literatur	W3.2, O3
			Proses evaluasi kader kesehatan	Koordinator Pelaksana tiap RS apung	Primer	Wawancara, Observasi Lapangan, Studi Literatur	W3.2, O3
4	Dibutuhkan model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di RS Apung untuk menjamin kesinambungan layanan kesehatan di DTPK di Indonesia	Bagaimana model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan RS Apung untuk menjamin kesinambungan layanan kesehatan di DTPK di Indonesia	Model Task Shifting WHO	Pimpinan yayasan, koordinator pelaksana	Primer	Wawancara, Focus Group Discussion, Studi Literatur	W4, F4
			Pengembangan Model Task Shifting RS apung	Pimpinan yayasan, koordinator pelaksana	Primer	Wawancara, Focus Group Discussion, Studi Literatur	W4, F4
			Validasi Model Task Shifting RS apung	Ahli manajemen / kebijakan kesehatan	Primer	Wawancara	W5

3.9. Tahapan Penelitian



Keterangan:

1. Menentukan situasi permasalahan yang belum terstruktur.
2. Melakukan identifikasi alternatif terhadap suatu tema atau sudut pandang yang berbeda dari permasalahan yang ada.
3. Membuat formula akar terhadap setiap tema atau melihat dengan menggunakan CATWOE (*Customers, Actors, Transformation Process, Weltanschauung, Owners, Environmental constraints*).
4. Membuat model konseptual untuk setiap definisi akar.
5. Membandingkan model konseptual dengan dunia nyata

BAB IV

ANALISIS DAN PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum Rumah Sakit Apung di Indonesia

Bentuk kolaborasi pemerintah dan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan kesehatan di berbagai daerah dapat dilihat dari adanya usaha dan inovasi terkait layanan kesehatan. Beberapa di antaranya muncul dalam bentuk layanan kesehatan bergerak seperti klinik apung, rumah sakit apung, kapal kemanusiaan, *flying doctor*, dan lainnya. Umumnya bentuk inisiatif tersebut muncul sesuai dengan kondisi setempat, misalnya klinik apung di Palembang muncul sesuai dengan pemanfaatan sungai sebagai jalur transportasi setempat; begitu pula dengan rumah sakit apung yang muncul di wilayah kepulauan.

Permasalahan maldistribusi tenaga kesehatan di Indonesia mendorong munculnya pemanfaatan potensi lokal seperti kader kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Beberapa keuntungan pemanfaatan kader kesehatan lokal adalah mereka memiliki wawasan yang baik terhadap kondisi setempat termasuk budaya orang – orang yang dilayani. Selain itu, secara motivasi untuk tetap berada di daerah tersebut dalam jangka waktu yang lama bagi SDM lokal juga tidak memiliki hambatan yang besar karena mereka pada dasarnya tinggal di daerah tersebut.

Pemanfaatan rumah sakit apung sebagai bentuk pelayanan kesehatan untuk menjangkau daerah yang sulit aksesnya bukanlah hal yang baru. Berdasarkan catatan sejarah rumah sakit apung dalam bentuk kapal sebagian besar lazim dioperasikan oleh pasukan militer (kebanyakan angkatan laut) dari berbagai negara, khususnya untuk tujuan pelayanan kesehatan di daerah bencana termasuk perang. Dalam sejarah militer baik negara – negara Eropa, Amerika, maupun Asia umumnya memiliki sebuah kapal besar yang dimanfaatkan sebagai rumah sakit bergerak, termasuk Indonesia dengan KRI dr. Soeharso.

Salah satu pemanfaatan sarana rumah sakit apung untuk layanan kesehatan di luar keperluan militer dapat dijumpai di Danau Tangayika, Afrika. Pada tahun 2009, Amy Lehman dari Amerika Serikat mendirikan rumah sakit apung di danau Tangayika karena tergerak untuk membantu layanan kesehatan bagi sekitar 3 juta orang di sepanjang danau tersebut yang tidak memiliki akses terhadap layanan kesehatan. Gagasan tersebut ditanggapi dengan serius dan pelayanan rumah sakit apung di Danau Tangayika masih berjalan hingga saat ini.

Dalam konteks pemanfaatan kapal sebagai rumah sakit bergerak untuk keperluan non militer di Indonesia pada tahun 2013 mulai dikembangkan oleh yayasan nirlaba Dokter Peduli (Doctorshare, 2013). Rumah sakit apung yang pertama kali dikembangkan oleh doctorshare terdiri dari dua tingkat. Bagian dasar digunakan sebagai ruang Rontgen, EKG, USG, serta laboratorium. Di tingkat atas terdapat Kamar Bedah,

Ruang Resusitasi, Ruang Dokter, dan sebagainya. Pada tahun 2015 yayasan tersebut bekerjasama dengan yayasan Ekadharma mengembangkan sebuah rumah sakit apung lainnya dan pada tahun 2018 mengembangkan sebuah rumah sakit apung yang lebih besar dan dapat digunakan untuk pelayanan rawat inap. Selain Doctorshare, juga ditemukan beberapa pihak lain yang mengembangkan pelayanan kesehatan rumah sakit apung seperti Mer-C (MER-C, 2017) dan Universitas Airlangga (Bes, 2017). Berdasarkan hal tersebut, maka tahun 2018 Indonesia memiliki 5 rumah sakit apung di luar keperluan militer

Pada tahun 2016 Yayasan Dokter Peduli atau Doctorshare melayani 10.909 pasien dengan jumlah pasien terbanyak adalah pengobatan umum sebanyak 7.644 pasien (70%) dan 2125 pasien yang mengikuti penyuluhan (19%). Sementara tindakan bedah telah dilakukan kepada 849 pasien (662 bedah minor dan 187 bedah mayor). Dari jumlah tersebut, 5757 pasien (53%) dilayani oleh RSA dr. Lie Dharmawan dan 2166 pasien (20%) dilayani oleh RSA Nusa Waluya I.

Dalam menjalankan pelayanannya RSA dr. Lie Dharmawan memerlukan tim dengan jumlah sekitar 20 orang yang sebagian besar merupakan tenaga kesehatan. RSA Nusa Waluya I memerlukan tim dengan jumlah sekitar 25 orang dan RSA Nusa Waluya II saat uji coba telah menggunakan tim dengan jumlah 35 orang. Pada setiap pelayanannya rumah sakit apung Doctorshare melibatkan masyarakat lokal untuk membantu di pelayanan Balai Pengobatan.

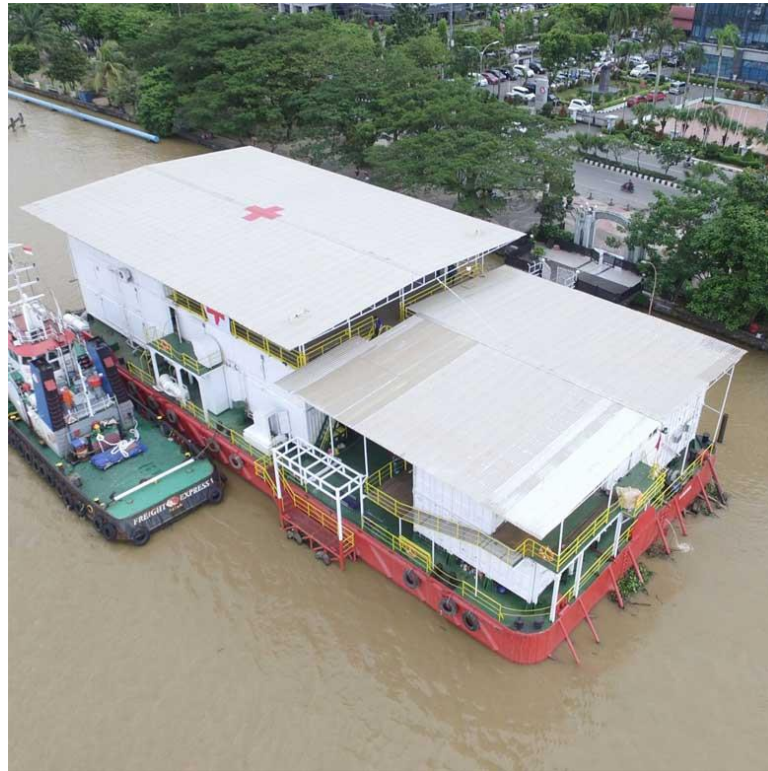
Pada tahun 2016 pelayanan rumah sakit apung Doctorshare masih lebih banyak berfokus pada daerah di Indonesia Timur. Daerah tersebut antara lain Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat yang dilayani oleh RSA dr. Lie Dharmawan. Sementara RS Nusa Waluya I mulai melayani daerah lain seperti Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, dan Jambi. Pada tahun 2017 pelayanan kesehatan masih lebih dominan dilakukan di wilayah Indonesia Timur yang memang secara pemetaan masih mengalami disparitas cukup tinggi. Pelayanan kesehatan rumah sakit apung selain wilayah Indonesia Timur dilakukan di kepulauan Natuna, Riau. Pada tahun 2018 komposisi pelayanan kesehatan masih tetap difokuskan pada wilayah Indonesia Timur dan kepulauan Riau. Pada tahun ini juga dilakukan uji coba pelayanan kesehatan RS Nusa Waluya II di Muara Kaman, Kalimantan Timur. Beberapa permasalahan yang dijumpai terkait sumber daya manusia di rumah sakit apung adalah perkiraan biaya yang tinggi dan sulitnya mencari tenaga kesehatan yang mau bekerja di rumah sakit apung karena lokasi yang jauh dan berpindah-pindah.



Gambar 4.1. RSA dr. Lie Dharmawan (sumber: doctorshare.org)



Gambar 4.2. RSA Nusa Waluya I (sumber: doctorshare.org)



Gambar 4.3. RSA Nusa Waluya II (sumber: doctorshare.org)

Pada tahun 2018 RSUD Teluk Bintuni, Papua Barat, juga mengembangkan pelayanan kesehatan dengan basis kapal laut. Hal ini dilatarbelakangi oleh sulitnya kondisi geografis di wilayah tersebut. Pengembangan layanan ini mendapatkan dukungan dari Kementerian Kesehatan. Namun, pada pelaksanaannya layanan kesehatan yang dilakukan dengan kapal laut tersebut masih terbatas untuk melayani masyarakat dalam teritorial yang terbatas.

Tabel 4.1. Perbandingan Rumah Sakit Apung Yayasan Dokter Peduli

Spesifikasi	RSA Lie Dharmawan	RS Nusa Waluya I	RS Nusa Waluya II
Gross Tonnage (GT)	173 GT	210 T	726 T
Net Tonnage (NT)	52 NT	63 T	218 T
Selar Sign	GT.173 No. 6786/ Bc	GT.210 No.1844/ Ka	
Tahun Pembuatan	2008	2007	1991 Diubah 2015
Penggerak Utama	Motor	Motor: GM Detroit Diesel 2 x 395 PS	
Material Utama Kapal	Kayu	Besi	
Panjang Kapal	23.13 meter	42 meter	45 meter
Lebar Kapal	6.82 meter	6.5 meter	20 meter
Sarat Air /Draft Kapal	4.40 meter	2.5 meter	3.66 meter
Kapasitas Tangki Utama	5,000 liter	11,000 liter	
Kapasitas Tangki Cadangan	2,200 liter	500 liter Tanki air 10,000 liter	
Bahan Bakar	Solar / HSD	Solar	Solar
Jenis Kapal	Pinisi	Pinisi	Barge
Fasilitas	Ruang Bedah, Ruang Resusitasi, Ruang Dokter, USG, EKG, Ruang Perawatan, Laboratorium	Ruang Bedah, Ruang Perawatan Pasien, EKG, USG, Laboratorium, Ruang Resusitasi, Ruang Konsultasi.	

Sumber: Yayasan Dokter Peduli, 2018-2019

Salah satu regulasi utama yang menjadi payung hukum dan acuan dalam bidang kesehatan dan perumahasakitan adalah Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Namun, dalam kedua undang – undang tersebut tidak dijelaskan secara spesifik mengenai rumah sakit apung sebagai suatu entitas tersendiri. Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit diatur mengenai RS bergerak, yaitu pada pasal 8 (1) Rumah Sakit bergerak merupakan Rumah Sakit yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain; (2) Rumah Sakit bergerak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbentuk bus, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, atau kontainer.

Petunjuk teknis pelaksanaan RS bergerak lebih detail dicantumkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 58/Menkes/SK/I/2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Bergerak. Pada aturan tersebut dijelaskan definisi RS bergerak adalah fasilitas kesehatan yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain di daerah tertinggal, terpencil, kepulauan, dan daerah perbatasan dalam rangka penyelenggaraan kegiatan upaya kesehatan perorangan yang dilaksanakan selama 24 jam melalui pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat/pelayanan darurat.

Belum ada pernyataan yang mengatur mengenai RS bergerak yang dikelola oleh swasta. Namun, dari peraturan tersebut dapat disimpulkan bahwa konstruksi pelaksanaan RS bergerak termasuk entitas yang disebut oleh masyarakat sebagai rumah sakit apung sudah ada di Indonesia. Rumah sakit bergerak dalam bentuk bangunan non kapal laut pada tahun 2008 telah ditetapkan di Riau, Nusa Tenggara Timur, Maluku Utara, Kepulauan Talaud, Kalimantan Timur, dan Maluku Tenggara Barat. Pada penelitian ini yang dimaksud dengan rumah sakit apung adalah rumah sakit bergerak dengan bentuk kapal laut sesuai dengan definisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 58/Menkes/SK/I/2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Bergerak.

Publikasi ilmiah mengenai rumah sakit apung di Indonesia hingga penelitian ini dilakukan belum ditemukan oleh penulis baik dalam jurnal ilmiah nasional maupun internasional. Meskipun demikian penelitian mengenai rumah sakit apung di berbagai negara lain telah dilakukan meskipun jumlahnya masih sangat terbatas, salah satunya adalah publikasi terkait pemanfaatan rumah sakit apung di Bangladesh (Ahmed, Shimul, Sen, & Khan, 2015). Penelitian terkait pengembangan layanan kesehatan dengan keterbatasan akses dan sumber daya banyak dilakukan di negara-negara Afrika maupun negara – negara di Amerika Selatan. Contoh penelitian tersebut adalah pemberdayaan SDM dengan konsep task shifting yang dilakukan di Malawi (Palmer, 2008), Uganda

(Dambisya & Matinhure, 2012), Mozambique dan Tanzania (Pereira, 2010), Peru dan Brazil (Rocha et al, 2021).

Dalam penelusuran yang dilakukan ditemukan bahwa masyarakat di berbagai daerah khususnya DTPK seringkali berusaha untuk mengoptimalkan potensi lokal, termasuk tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan dengan kompetensi yang terbatas untuk memenuhi kebutuhan kesehatan mereka. Hal tersebut menggambarkan adanya konstruksi metode *task shifting* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya di DTPK. Definisi *task shifting* menurut WHO adalah, "*Task shifting is the name now given to a process of delegation whereby tasks are moved, where appropriate, to less specialized health workers.*" (WHO, 2007)

Dalam layanan kesehatan yang dilakukan dengan oleh rumah sakit apung di Indonesia, konstruksi *task shifting* sesuai dengan definisi WHO dapat dijumpai. Namun, pada pelaksanaannya konstruksi tersebut tidak sepenuhnya dapat diuraikan secara sistematis. Pada tahun 2008, WHO mengeluarkan rekomendasi mengenai *task shifting* untuk sebuah negara mengadopsi, menciptakan regulasi, memastikan kualitas pelayanan, hingga memastikan keberlangsungan pelayanan. Berdasarkan rekomendasi tersebut, maka untuk melakukan pemerataan akses layanan kesehatan dibutuhkan dukungna politik dari pemerintah (WHO, 2008). Dukungan politik tersebut diwujudkan dalam regulasi yang memungkinkan

implementasi metode yang dikembangkan pada daerah yang membutuhkan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat.

Konstruksi kebijakan kesehatan rumah sakit apung di Indonesia berlandaskan pada norma dasar negara Indonesia, yaitu Undang-Undang Dasar 1945. Selain itu, aturan yang menjadi payung hukum layanan kesehatan rumah sakit apung adalah Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Permasalahan kebijakan rumah sakit apung dijumpai pada tingkat peraturan menteri kesehatan dan petunjuk teknis pelaksanaan.

Petunjuk teknis pelaksanaan RS bergerak tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 58/Menkes/SK/I/2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Bergerak. Pada aturan tersebut dijelaskan definisi RS bergerak sebagai fasilitas kesehatan yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain di daerah tertinggal, terpencil, kepulauan, dan daerah perbatasan dalam rangka penyelenggaraan kegiatan upaya kesehatan perorangan yang dilaksanakan selama 24 jam melalui pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat/pelayanan darurat. Dalam petunjuk teknis tersebut diatur berbagai hal mengenai RS bergerak, tetapi terdapat disharmonisasi dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit yang menyatakan bahwa RS bergerak dapat berbentuk kapal laut.

Pada pedoman teknis, persyaratan bangunan lebih mengarah kepada bangunan berbentuk bangunan permanen / gedung. Selain itu, pedoman tersebut juga cenderung menempatkan RS bergerak sebagai RS yang dimiliki, dikelola, dan didanai oleh pemerintah (pusat dan daerah).

Adanya disharmonisasi terkait klasifikasi dan perijinan rumah sakit dapat dijumpai dengan diterbitkannya peraturan yang spesifik mengatur tentang rumah sakit apung. Hal tersebut memenuhi kaidah *lex specialis derogat legi generali*, hukum yang bersifat khusus mengesampingkan hukum yang bersifat umum. Aturan terkait rumah sakit apung yang diharapkan setidaknya harus mencakup definisi operasional rumah sakit apung, klasifikasi dan perijinan yang diperlukan, tanggungjawab serta perlindungan hukum bagi pengelola rumah sakit apung. Aturan tersebut tidak menghilangkan aturan hukum lainnya yang tidak bertentangan.

4.1.1. Gambaran Umum Organisasi Yayasan Dokter Peduli

Yayasan Dokter Peduli (doctorSHARE) adalah organisasi kemanusiaan nirlaba yang memfokuskan diri pada pelayanan kesehatan dan bantuan kemanusiaan. Aktif sejak tahun 2003, organisasi doctorSHARE secara resmi berdiri pada 19 November 2009.

Organisasi doctorSHARE menyediakan akses bantuan medis secara holistik, independen dan imparial untuk orang-orang yang paling membutuhkan, yaitu mereka yang dianggap miskin dan tidak mampu, dan yang tidak mempunyai kartu miskin karena masalah administrasi

kependudukan, sehingga berimbas kepada tidak dimilikinya Asuransi (Jaminan) Kesehatan Masyarakat dan tidak memperoleh akses kesehatan gratis yang disediakan pemerintah; mereka yang secara sosial dikecualikan dari layanan kesehatan dan dikucilkan dalam masyarakat, mereka yang terjebak dalam bencana alam, epidemi, dan kekurangan gizi.

Individu – individu yang tergabung dalam doctorSHARE bekerjasama, membagikan talenta dan kecakapan masing-masing tanpa memandang batasan-batasan suku, agama, etnis, ras dan antar golongan untuk mewujudkan visi dan misi doctorSHARE sesuai dengan prinsip kemanusiaan dan etika pelayanan medis. Banyak di antara mereka yang telah berpengalaman di medan krisis Indonesia sejak tahun 1998 akibat ketidakstabilan politik, ekonomi dan sosial, serta terpaan bencana alam yang melanda Indonesia.

Saat ini doctorSHARE didukung oleh ahli bedah, dokter, perawat, dan profesional seperti jurnalis, administrator, fotografer, desainer, ahli teknologi informasi, wiraswasta, pekerja sosial profesional, dan sejumlah donatur individual. doctorSHARE membuka diri bagi mereka yang tergerak untuk membagikan kecakapan profesionalisme mereka untuk mendukung visi dan misi doctorSHARE memulihkan masyarakat di bidang kesehatan.

Latar belakang doctorSHARE dilandasi oleh beberapa hal. Sebagai negara terpadat ke-empat di dunia, jumlah penduduk Indonesia yang hidup di bawah garis kemiskinan mencapai 108 juta orang (World Bank).

Hal ini berimbas kepada ketidakmampuan masyarakat pra-sejahtera untuk memenuhi gizi cukup ataupun mencapai standar kesehatan seperti kebutuhan air bersih ataupun sarana mandi-cuci-kakus yang layak.

Tidak meratanya fasilitas kesehatan pemerintah, terutama di wilayah pelosok dan pedesaan, serta rentannya kondisi geografis Indonesia terhadap bencana alam membuat masyarakat pra-sejahtera mempunyai kendala berlapis untuk mendapatkan layanan kesehatan. Ironisnya, dalam banyak kasus, kesehatan adalah satu-satunya harta dan modal untuk melanjutkan hidup hari demi hari. Di saat satu individu dalam sebuah keluarga pra-sejahtera sakit, seluruh keluarga terancam untuk terperosik dalam jebakan kemiskinan yang makin dalam.

Terpanggil untuk menjawab tantangan di atas, individu-individu yang tergabung dalam doctorSHARE mengabdikan diri untuk membantu mereka yang terjebak dalam krisis mendapatkan kembali kesehatannya, sehingga mereka mampu untuk kembali beraktifitas.

Individu-individu yang tergabung dalam doctorSHARE telah berkiprah sejak masa reformasi Indonesia di tahun 1998 bersama berbagai organisasi untuk melayani masyarakat pra-sejahtera, jauh dari fasilitas medis, terjebak dalam berbagai bencana alam, ataupun terjebak dalam krisis sosial seperti kerusuhan politik nasional (Mei 1998).

Organisasi doctorSHARE memiliki visi, "Menyelamatkan nyawa dan meringankan penderitaan masyarakat yang terjebak dalam krisis sehingga mereka mampu bangkit dan kembali membangun kehidupannya."

Perwujudan visi tersebut dituangkan dalam misi, “Menyediakan perawatan medis dan akses pelayanan kesehatan untuk orang yang terjebak dalam krisis, seperti orang-orang yang tidak memiliki akses layanan kesehatan, orang-orang yang menghadapi diskriminasi atau kelalaian dari sistem kesehatan lokal, kelompok marginal dalam masyarakat, mereka yang terjebak dalam bencana alam, epidemi, dan kekurangan gizi.” Nilai kunci yang diusung oleh doctorSHARE adalah, “Integritas, saling berbagi, cinta kasih, saling mempercayai dan menghormati. Kekuatan tim berada pada rasa tanggung jawab yang tinggi, kemampuan beradaptasi, dan sifat inklusif.”

Dalam melaksanakan setiap segiatannya, doctorSHARE memegang teguh prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Layanan Non-Profit Berbasis Relawan

Kegiatan tidak dimaksudkan untuk mencari atau mengumpulkan keuntungan.

2. Prinsip kemanusiaan

Bekerja didasarkan pada prinsip kemanusiaan dan etika medis. Yayasan Dokter Peduli (doctorSHARE) berkomitmen untuk membawa kualitas perawatan kesehatan untuk orang yang berada dalam krisis tanpa memandang ras, etnis, suku, agama, antar golongan, atau afiliasi politik.

3. Berbagi

Percaya bahwa setiap individu mempunyai talenta, kecakapan dan kekuatan masing-masing yang bila dengan tujuan mulia disalurkan, dibagikan, dan dikolaborasikan akan banyak membantu masalah-masalah sosial terutama yang berkaitan dengan masalah kesehatan.

4. Independen

Beroperasi secara mandiri dan bebas dari setiap kepentingan kelompok, golongan, politik, militer, bisnis, dan agama.

5. Imparsial

Netral, tidak berpihak pada salah satu pihak yang terlibat dalam konflik, memberikan perawatan secara independen untuk meningkatkan akses bagi korban konflik seperti yang dipersyaratkan oleh hukum kemanusiaan internasional.

6. Menjadi saksi dan berani bicara

Menjadi saksi atas kejadian kekerasan, kerusuhan, bencana alam dan konflik. Berbicara kepada publik dalam upaya untuk memunculkan krisis-krisis kesehatan yang terlupakan atau tidak disadari publik, menarik perhatian publik untuk kejadian kekerasan yang terjadi di luar jalur, dan mengkritisi kelemahan sistem bantuan, serta menantang pengalihan bantuan kemanusiaan yang dilakukan berdasarkan politik kepentingan.

Program – program yang dilaksanakan oleh doctorSHARE di antaranya:

1. Pelayanan medis

doctorSHARE secara berkala melakukan kegiatan pengobatan gratis bagi masyarakat pra-sejahtera. doctorSHARE melayani komunitas terpencil dan tertinggal yang hanya memiliki sedikit atau tidak memiliki sama sekali akses pelayanan kesehatan.

2. Bantuan kemanusiaan untuk bencana alam / konflik sosial

Secara geografis, Indonesia terletak di tiga lempeng benua yang menjadikannya rentan terhadap bencana alam seperti gempa bumi, gunung meletus, dan tsunami. Pengaruh pemanasan global juga terasa pada peningkatan level air laut di pulau-pulau dan meluasnya habitat nyamuk penyebab demam berdarah. Indonesia juga rentan bencana buatan manusia seperti kebakaran hutan, longsor, dan banjir.

3. Rumah Sakit Apung (RSA)

Rumah Sakit Apung (RSA) adalah program yang dirancang untuk menjawab kebutuhan masyarakat pra-sejahtera di pulau terpencil Indonesia yang sulit mendapat layanan medis karena kendala geografis dan finansial. Rumah Sakit Apung berlayar mengelilingi nusantara ke daerah-daerah yang sangat membutuhkan bantuan medis.

Pada 2013, melalui berbagai perombakan, lahirlah RSA dr. Lie Dharmawan yang terdiri dari dua tingkat. Bagian dasar digunakan sebagai ruang Rontgen, EKG (elektrokardiogram), USG (ultrasonografi), serta laboratorium. Di tingkat atas terdapat Kamar Bedah, Ruang Resusitasi, Ruang Dokter, dan sebagainya.

Kegiatan yang dilakukan yaitu pengobatan umum, operasi mayor, operasi minor dan penyuluhan.

4. Pendampingan Kesehatan

Dalam usaha mewujudkan masyarakat yang sehat, sangat perlu dilakukan program-program untuk menjamin bahwa masyarakat mampu secara mandiri menjaga kesehatan pribadi dan keluarganya, sehingga tidak perlu bergantung kepada layanan kesehatan yang mungkin sulit diakses ataupun tidak terjangkau.

5. Kampanye Medis

doctorSHARE aktif menurunkan laporan medis dan press news feed tentang masalah gizi dan kesehatan Indonesia untuk mengampanyekan masalah dan solusi kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Kampanye ini dilakukan secara langsung kepada masyarakat, media jejaring sosial, dan media massa.

6. Panti Rawat Gizi

Therapeutic Feeding Centre (TFC) atau Panti Rawat Gizi (PRG) doctorSHARE pertama berdiri tanggal 28 Maret 2009 berlokasi di Pulau Kei Besar, Kabupaten Maluku Tenggara, Provinsi Maluku.

TFC kedua berdiri pada 12 April 2009 berlokasi di Desa Loon, Pulau Kei Kecil, Kabupaten Maluku Tenggara, Provinsi Maluku. Panti Rawat Gizi ini memiliki kapasitas ruang perawatan untuk 5-7 anak, di mana setiap anak didampingi oleh ibu atau wali yang mengasuh. Lama perawatan dirancang antara 28-90 hari, sampai status gizi anak meningkat.

7. Dokter Terbang

doctorSHARE bekerja sama dengan organisasi lokal dengan menggunakan pesawat perintis menerbangkan dokter-dokter ke daerah yang tidak terjangkau lewat jalur air maupun darat. Saat ini Dokter Terbang dipusatkan untuk membantu masyarakat di pedalaman pegunungan Papua.

8. Telemedicine

Kurang meratanya distribusi tenaga medis di Indonesia, merupakan salah satu masalah mendasar yang dihadapi negara kita. Telemedicine yang memanfaatkan teknologi informasi merupakan salah satu solusi untuk mengatasi masalah tersebut. Melalui program ini, masyarakat pelosok berkesempatan menikmati layanan kesehatan yang dijalankan oleh tenaga medis kapanpun dan dimanapun. Rencana lokasi pertama penerapan program telemedicine doctorSHARE adalah di Kabupaten Tambrau, Papua Barat.

4.1.2. Kegiatan Rumah Sakit Apung Doctorshare 2017-2019

Pada studi ini, kegiatan rumah sakit apung yang dikelola oleh doctorSHARE diamati dalam periode 2017 – 2019. Pada tahun 2017 Kegiatan yang dilakukan di antaranya dokter terbang (Flying Doctor), Pengobatan Dasar, rumah sakit apung 1 (RSA dr. Lie Dharmawan) dan rumah sakit apung 2 (RSA Nusa Waluya 1). Pada tahun 2018 RS Nusa Waluya I tidak beroperasi karena rusak. Pada tahun 2019 rumah sakit apung 3 (RSA Nusa Waluya II) baru mulai uji coba dan diperbantukan dalam layanan kemanusiaan terkait bencana gempa bumi di Palu.

Tabel 4.2.Rekapitulasi Kegiatan Yayasan Dokter Peduli tahun 2017

PROGRAM	Jumlah	Relawan	Pasien	BP	Mayor	Minor	USG	Edukasi
FD	2	16	62	50		10		
PD	8	86	1304	1206		71		652
RSA1	6	113	4355	3847	122	386	32	808
RSA2	1	21	253	210	15	28		
Grand Total	17	236	5974	5313	137	495	32	1460

Sumber: Yayasan Dokter Peduli, 2018

Pada tabel tersebut dapat dilihat bahwa selama tahun 2017 total terdapat 2 kali program dokter terbang, 8 kali pengobatan dasar, 6 kali pelayanan RSA 1 dan 1kali pelayanan RSA 2. Total jumlah pelayanan adalah 17 kali dengan 236 relawan, 5.974 pasien yang dilayani dengan rincian 5.313 pasien balai pengobatan, 137 operasi mayor, 495 operasi minor, 32 USG, dan 1.460 peserta edukasi masyarakat.

Pada tahun 2017 pengobatan dasar yang dilakukan umumnya berada di wilayah Jabodetabek, yaitu di Vihara Jl. Kartini, Kwik Kian Gie School of Business Sunter, Kalibaru Ilir Tangerang, Rutan Cilodong

Depok, dan Bio Medika Gading Serpong. Pengobatan yang dilakukan di luar Jabodetabek adalah pengobatan di Karang Asem Gunung Agung Bali, Cigintung Serang, dan Terempa di Anambas. RSA 1 pada tahun 2017 melakukan pelayanan ke Papua, Maluku Utara, Maluku Tengah, dan Makasar. RSA 2 hanya melakukan pelayanan di Natuna, Kepulauan Riau.

Tabel 4.3.Rekapitulasi Kegiatan Yayasan Dokter Peduli tahun 2018

PROGRAM	Jumlah	Relawan	Pasien	BP	Mayor	Minor
FD	1	9	226	160	0	14
PD	7	127	3169	2834	0	132
PM	8	169	3797	3182	136	362
Grand Total	16	305	7192	6176	136	508

Sumber: Yayasan Dokter Peduli, 2019

Pada tabel tersebut dapat dilihat bahwa selama tahun 2018 total terdapat 1 kali program dokter terbang, 7 kali pengobatan dasar, dan 8 kali pelayanan RSA. Total jumlah pelayanan adalah 16 kali dengan 305 relawan, 7.192 pasien yang dilayani dengan rincian 6.176 pasien balai pengobatan, 136 operasi mayor, dan 508 operasi minor.

Pada tahun 2018 pengobatan dasar yang dilakukan di daerah yang bervariasi seperti Lombok, Papua, Tangerang, Anambas, Kei Besar, dan Kalideres Jakarta. RSA 1 pada tahun 2018 melakukan pelayanan ke Maluku, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sumbawa Barat, Papua, dan Maluku Tenggara. RSA 3 melakukan uji coba pelayanan di Balikpapan.

Tabel 4.4.Rekapitulasi Kegiatan Yayasan Dokter Peduli tahun 2019

PROGRAM	Jumlah	Relawan	Pasien	BP	Mayor	Minor
FD	1	8	331	282	0	49
PD	7	83	1259	1216	0	38
PM	10	130	2309	2401	176	167

Grand Total	18	221	3899	3899	176	254
--------------------	----	-----	------	------	-----	-----

Sumber: Yayasan Dokter Peduli, 2020

Pada tabel tersebut dapat dilihat bahwa selama tahun 2019 total terdapat 1 kali program dokter terbang, 7 kali pengobatan dasar, dan 10 kali pelayanan RSA 1. Total jumlah pelayanan adalah 18 kali dengan 221 relawan, 3.899 pasien yang dilayani dengan rincian 3.899 pasien balai pengobatan, 176 operasi mayor, dan 254 operasi minor.

Pada tahun 2019 pengobatan dasar yang dilakukan di daerah yang bervariasi seperti Cilincing Jakarta, Desa Sumur Banten, Pulau Legundi Lampung, Klinik doctorSHARE di Kei Besar, dan Lions Club. RSA 1 pada tahun 2019 melakukan pelayanan ke Papua, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, dan Sumatera Barat. RSA 3 melakukan pelayanan medis sebagai bantuan kemanusiaan pada bencana gempa bumi di Palu.

4.1.3. Pengelolaan SDM dalam pelayanan rumah sakit apung

Doctorshare

Pengelolaan SDM dalam pelayanan rumah sakit apung yang dikelola oleh doctorSHARE memiliki karakteristik yang serupa untuk RSA 1 dan RSA 2, tetapi berbeda untuk RSA 3. Hal ini disebabkan oleh adanya perbedaan jenis kapal dan layanan, RSA 1 dan 2 merupakan kapal jenis pinisi yang secara fungsi utamanya digunakan sebagai kamar operasi. RSA 3 merupakan kapal jenis tongkang dan dapat berfungsi seperti layaknya rumah sakit yang dapat memberikan pelayanan kegawatdaruratan, poliklinik rawat jalan, operasi, dan layanan rawat inap.

Dalam periode yang diamati tahun 2017-2019 rumah sakit apung yang paling banyak beroperasi adalah RSA 1, sedangkan RSA 2 relatif sedikit jumlah pelayanannya karena mengalami kerusakan dan belum dapat diperbaiki dan RSA 3 baru mulai uji coba pada tahun 2019. Oleh karena itu, pada penelitian ini RSA 1 dan 2 merupakan sebuah studi kasus yang sama, sedangkan RSA 3 merupakan studi kasus yang berbeda.

Konsep umum pelayanan RSA 1 dan 2 yang selama ini dikerjakan adalah survey lokasi dan kerjasama dengan pemerintah atau dinas kesehatan setempat, pengobatan masal, edukasi masyarakat, dan kegiatan operasi baik minor maupun mayor. Survey lokasi dilakukan untuk menentukan kebutuhan masyarakat terhadap layanan kesehatan, fasilitas kesehatan yang dapat berkolaborasi, tenaga kesehatan di wilayah tersebut, akses bagi tim, dan segala persiapan yang diperlukan untuk mengadakan kegiatan pelayanan medis di daerah tersebut. Pada saat pelaksanaan, hari pertama diawal dengan pelayanan pengobatan masal atau seringkali disebut sebagai bakti sosial untuk memberikan pelayanan medis dasar bagi masyarakat dan juga penapisan bagi masyarakat yang membutuhkan operasi baik minor maupun mayor yang akan dijadwalkan untuk hari berikutnya. Pada hari berikutnya sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan, maka akan dilakukan operasi minor dan mayor bagi pasien yang membutuhkan.

Komposisi tim yang terlibat dalam pelayanan RSA 1 dan 2 sekitar 20 orang yang terdiri dari Koordinator Lapangan, Wakil Koordinator

Lapangan, Koordinator Mayor dan tim bedah mayor, Koordinator Minor dan tim bedah minor, Koordinator Balai Pengobatan (Pengobatan Masal) dan tim. Tim bedah mayor umumnya terdiri dari operator (dokter spesialis bedah sebanyak 1-2 orang), asisten operator (dokter umum), instrumen, sirkular (*on loop*), dan tenaga anestesi (penata anestesi atau dokter spesialis anestesi). Tim bedah minor umumnya terdiri dari operator (dokter umum atau dokter spesialis bedah, 2-3 orang), asisten operator (dokter umum atau perawat), dan perawat sirkular (*on loop*).

Setiap koordinator bertanggungjawab terhadap kegiatan masing-masing pelayanan dan secara umum bertanggungjawab kepada Koordinator Lapangan. Pengaturan kegiatan dilakukan mulai dari persiapan awal sebelum pelayanan, kebutuhan sumber daya manusia, kebutuhan obat dan peralatan, pengaturan alur pelayanan, hingga memastikan pelayanan berlangsung dengan baik.

Berbeda dengan RSA 1 dan 2, RSA 3 merupakan rumah sakit apung yang berbentuk tongkang dan berfungsi untuk memberikan layanan rumah sakit seperti rumah sakit pada umumnya (rawat jalan, rawat inap, kegawatdaruratan, operasi). Belum ada peraturan teknis yang mengatur detail rumah sakit apung, termasuk dalam hal ketenagaan atau sumber daya manusia. Namun, dengan fungsi yang sama seperti rumah sakit pada umumnya maka pola ketenagaan di RSA 3 seharusnya setara dengan rumah sakit lainnya. Perbedaan yang signifikan dalam pengelolaan RSA 3 adalah lokasi yang dapat berpindah dalam jangka

waktu tertentu dan daerah yang relatif terisolir atau sulit mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan.

Dalam meningkatkan akses dan memberikan pelayanan kesehatan di daerah dengan berbagai keterbatasan, maka seharusnya ada ruang yang dapat ditoleransi untuk eksepsi baik bagi tenaga kesehatan maupun rumah sakit yang memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat di daerah tersebut. Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi disparitas layanan kesehatan di Indonesia. Hadirnya layanan rumah sakit apung dapat memberikan sumbangsih terhadap usaha tersebut dan meringankan beban pemerintah karena layanan ini digagas dan dikerjakan oleh sektor swasta.

4.1.4. Profil Informan Kunci

Pada penelitian ini dilakukan wawancara untuk mendapatkan informasi dari informan kunci. Berikut profil dari beberapa informan kunci yang menjadi narasumber dalam penelitian ini:

1. Bapak Kiman Karel, Ketua Harian / Chief Operating Officer Yayasan Dokter Peduli

Informan Bapak KK merupakan penanggungjawab organisasi Yayasan Dokter Peduli sejak tahun 2017. Sebelum menjadi Ketua Harian, beliau telah mengikuti kegiatan Yayasan Dokter Peduli sejak awal pendirian. Beliau berperan penting dalam penentuan struktur organisasi, nilai – nilai, dan visi yayasan.

2. Ns. Swenda Twin Augusti, S.Kep, Koordinator Pelayanan RSA 1 dan RSA 2.

Informan Ns. STA berperan dalam mengatur pelayanan RSA 1 dan RSA 2 pada tahun 2016-2018. Sebelum menjalankan peran beliau pada periode tersebut, beliau telah aktif mengikuti berbagai kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh Yayasan Dokter Peduli.

3. Dr. Angela Vanessa, Koordinator Lapangan

Informan dr.AV pernah beberapa kali menjadi koordinator lapangan maupun tim dalam pelayanan RSA 1 dan RSA 2. Beliau masih terlibat aktif dalam berbagai kegiatan Yayasan Dokter Peduli serta memahami alur kerja, masalah, maupun teknis pelaksanaan berbagai kegiatan.

4. Dr. Christina, Koordinator Lapangan

Informan dr.CH pernah menjadi koordinator lapangan maupun tim dalam pelayanan RSA 1.

5. Dr. Ivan Reynaldo Lubis, Koordinator Lapangan

Informan dr.IRL pernah beberapa kali menjadi koordinator lapangan maupun tim dalam pelayanan RSA 1 dan RSA 2.

6. Dr. Stephanie, Penanggungjawab RSA 3

Informan dr.SS merupakan penanggungjawab operasional RSA 3. Beliau merupakan pimpinan dalam persiapan operasional RSA 3, termasuk dalam persiapan SDM yang diperlukan. Sebelum menjabat posisi tersebut, beliau aktif dalam pelayanan yang

dilakukan oleh Yayasan Dokter Peduli baik di RSA 1 maupun RSA 2.

7. Prof Dr. PM Budi Haryono, M.M., M.B.A, Guru Besar Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Kristen Krida Wacana (UKRIDA)
Narasumber Prof. Dr. PM Budi Haryono, M.M., M.B.A merupakan Guru Besar yang mendalami bidang ilmu manajemen sumber daya manusia. Beliau memiliki pengalaman puluhan tahun dalam mengajar dan mengikuti perkembangan manajemen sumber daya manusia terbaru. Dalam penelitian ini beliau menjadi narasumber yang memberikan pandangan sebagai akademisi.
8. Dr. Benyamin Sihombing, MPH, WHO Representative Indonesia, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan
dr. Benyamin Sihombing, MPH merupakan ahli yang telah berpengalaman puluhan tahun di Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan. Saat ini beliau juga menjadi perwakilan WHO Indonesia untuk Tuberkulosis. Dalam penelitian ini beliau menjadi narasumber yang memberikan sudut pandang sebagai regulator.



Gambar 4.4. Kunjungan ke RSA Nusa Waluya
Sumber: Dokumentasi penelitian

4.2. Hasil Penelitian

4.2.1. Proposisi 1: Manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung saat ini memiliki karakteristik dan tantangan tersendiri.

Rumah sakit apung yang ada memiliki karakteristik yang berbeda baik dalam hal fasilitas maupun fungsi. RSA 1 dan 2 merupakan kapal jenis phinisi yang dimodifikasi menjadi ruang operasi, sedangkan RSA 3 merupakan kapal jenis tongkang yang dimodifikasi menjadi rumah sakit. Phinisi adalah jenis kapal kayu yang berasal dari Sulawesi Utara, diciptakan oleh suku Konjo dan saat ini masih banyak digunakan oleh banyak suku seperti Bugis, Makassar dan Mandar untuk transportasi antar pulau, mencari ikan, dan mengangkut barang (Liu W, 2016). Kapal jenis phinisi dikenal kuat dan reliabel untuk berlayar (Mahmuddin F, 2019). Tongkang adalah alat apung yang berbentuk hampir seperti kotak karena dikarenakan *coefisien block*-nya adalah satu, dan berupa seperti wadah raksasa tanpa dilengkapi mesin sehingga tongkang memiliki kapasitas muat yang sangat besar (Yudo, 2020). Untuk menggerakkan tongkang digunakan *tug boat* dengan kapasitas tenaga besar.

Dengan modalitas fasilitas rumah sakit apung yang dimodifikasi dari kapal jenis phinisi, RSA 1 dan 2 memiliki berbagai kelebihan seperti kemampuan jelajah yang luas karena kekuatan, fleksibilitas, dan reliabilitas kapal; mampu menelusuri berbagai jalur transportasi air yang relatif sempit karena ukuran kapal yang kecil; biaya operasional yang

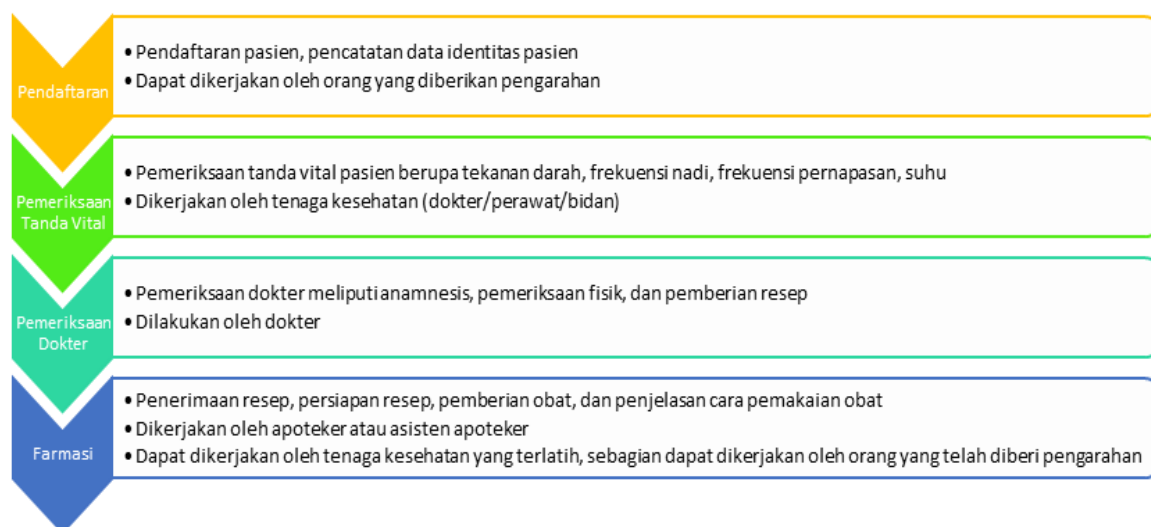
relatif lebih rendah dibandingkan jenis kapal lainnya yang lebih besar. Namun, kekurangan dari rumah sakit apung yang dibuat berdasarkan hasil modifikasi kapal phinisi adalah gerakan kapal yang relatif terdampak oleh ombak, sehingga layanan kesehatan yang diberikan perlu memperhatikan risiko yang mungkin timbul. Sesuai dengan karakteristik tersebut, pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh RSA 1 dan 2 adalah pelayanan medis yang bersifat insidental berupa rawat jalan dan operasi. Bila diperlukan pemantauan pasca operasi dapat dilakukan pada pasien-pasien tertentu dengan fasilitas yang terbatas.

Fasilitas RSA 3 yang dikembangkan dari kapal tongkang juga memiliki berbagai kelebihan seperti ukuran yang besar sehingga dapat dikembangkan berbagai macam fasilitas yang cukup lengkap setara dengan rumah sakit yang ada di daratan; kondisi kapal yang hampir tidak dipengaruhi oleh ombak saat kapal berhenti berlayar. Kekurangan rumah sakit apung yang dibuat dari modifikasi tongkang adalah kecepatan jelajah dan kemampuan menelusuri jalur transportasi air yang terbatas karena ukurannya yang besar; selain itu biaya yang diperlukan juga relatif jauh lebih besar dibandingkan dengan biaya yang diperlukan oleh rumah sakit apung dengan ukuran yang lebih kecil. Berdasarkan karakteristik tersebut, pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh RSA 3 merupakan pelayanan rumah sakit yang lengkap mulai dari rawat jalan, kegawatdaruratan, operasi, hingga rawat inap.

Dengan pelayanan medis yang bersifat insidentil berupa rawat jalan dan operasi, maka dalam konsep kerangka alih tugas pada RSA 1 dan RSA 2 dapat dilakukan secara sederhana dengan menelusuri alur layanan yang dikerjakan. Kegiatan RSA 1 dan RSA 2 dilakukan mulai dari survey lokasi, balai pengobatan atau pengobatan massal dan operasi minor maupun mayor.

Langkah awal dalam survey lokasi umumnya dikerjakan untuk menilai kebutuhan dan kesiapan daerah yang akan dilakukan pelayanan kesehatan. Terkadang survey disertai dengan pengobatan dalam jumlah yang relatif kecil. Hasil survey digunakan untuk menentukan jenis layanan yang akan dikerjakan, pengobatan umum, pengobatan gigi, layanan khusus seperti mata, kebidanan, operasi minor, operasi mayor, dan penyuluhan kesehatan atau kegiatan lainnya yang dapat dikerjakan. Setelah ditentukan jenis layanan yang diperlukan dan dapat dikerjakan, maka penyusunan tim dilakukan untuk memenuhi kebutuhan sumber daya manusia baik dalam hal kuantitas maupun kualifikasi. Selain itu, kebutuhan logistik, termasuk farmasi, dan media juga dipersiapkan untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal bagi daerah tersebut. Selain persiapan internal, data survey juga membantu untuk menilai potensi bantuan dari sumber daya setempat, umumnya berupa fasilitas dan tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, perawat, dan kader kesehatan yang terlatih.

Pelayanan balai pengobatan rumah sakit apung secara garis besar dapat dibagi menjadi 4 bagian, yaitu pendaftaran, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan dokter, dan farmasi. Setiap bagian memiliki fungsi dan kebutuhan SDM yang berbeda. Secara skematik alur pelayanan Balai Pengobatan rumah sakit apung dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 4.5. Alur Pelayanan Balai Pengobatan Rumah Sakit Apung

Sumber: Hasil penelitian, 2018-2021

Pada bagian pendaftaran kegiatan yang dilakukan adalah pencatatan data identitas pasien sesuai dengan urutan kedatangan. Kegiatan ini lebih dominan bersifat administratif, tetapi merupakan bagian yang penting karena identitas pasien akan berpengaruh dalam menjaga keselamatan pasien dan data laporan yang dapat diolah untuk pengambilan keputusan. Kegiatan – kegiatan yang dilakukan dalam tahap pendaftaran secara umum dapat dikerjakan oleh orang tanpa kompetensi di bidang kesehatan. Hal yang perlu diperhatikan adalah mekanisme atau sistem dalam proses pendaftaran yang perlu disosialisasikan kepada

petugas yang menjalankan pekerjaan tersebut, misalnya hal apa saja yang perlu dicatat, ditanyakan, atau dilengkapi, siapa yang bertugas melakukan pekerjaan – pekerjaan tertentu, bagaimana proses atau urutan pemanggilan pasien untuk mendaftarkan diri, apa yang harus dilakukan bila menemui kendala dalam setiap pekerjaan yang dilakukan. Keterlibatan dan pemberdayaan dari potensi masyarakat setempat dapat diterapkan pada bagian ini, bahkan dapat memberikan keuntungan karena masyarakat setempat tentu memiliki kemampuan komunikasi yang lebih baik dengan pasien terkait bahasa dan budaya yang ada.

Bagian selanjutnya adalah pemeriksaan tanda vital yang meliputi pengukuran tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu. Proses ini dapat dikerjakan oleh tenaga kesehatan, baik dokter, perawat, bidan, maupun kader kesehatan yang memiliki kompetensi untuk melakukan pengukuran tersebut. Kegiatan yang dilakukan terbatas pada pengukuran tanda vital, sedangkan interpretasi atas temuan tersebut akan dilakukan oleh dokter pada bagian berikutnya. Risiko adanya kesalahan pengukuran juga dapat dicegah bila dokter menemukan kecurigaan adanya ketidaksesuaian antara keluhan pasien dengan hasil pengukuran tanda vital yang dicatat pada catatan medis pasien.

Pemeriksaan dokter dilakukan oleh dokter umum yang telah terdaftar (memiliki Surat Tanda Registrasi) dan dapat diartikan bahwa dokter tersebut telah lulus uji kompetensi dan dinyatakan kompeten untuk melakukan pemeriksaan terhadap pasien. Proses yang dilakukan meliputi

anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penulisan resep untuk diserahkan kepada bagian farmasi. Pada tahapan ini dokter akan melakukan konfirmasi terhadap proses – proses yang sebelumnya telah dilakukan, yaitu pencatatan identitas pasien dan pengukuran tanda vital. Dengan adanya konfirmasi tersebut, maka mekanisme kontrol untuk mengurangi risiko terjadinya kesalahan dalam pencatatan identitas pasien dan pengukuran tanda vital dapat dilakukan. Pada tahapan ini sesuai dengan kemampuannya dokter akan membuat diagnosis berdasarkan ketersediaan sarana yang ada. Selain itu, bila diperlukan tindakan pembedahaan, maka pasien akan diarahkan atau didaftarkan untuk dilakukan persiapan dan tindakan operasi di waktu yang lain, umumnya sekitar 1-2 hari setelah balai pengobatan dilaksanakan. Pada tahapan ini pemberdayaan masyarakat setempat sangat terbatas pada ketersediaan dokter setempat. Masyarakat juga dapat diperbantukan bila dijumpai kesulitan dalam hal komunikasi antara dokter dengan pasien, hal ini dapat terjadi pada pasien – pasien tertentu yang tidak memahami bahasa Indonesia dengan baik. Namun, perlu diperhatikan bahwa masyarakat yang diperbantukan untuk menerjemahkan komunikasi antara dokter dan pasien perlu dipastikan memiliki pengetahuan dan kemampuan komunikasi yang baik untuk menghindari terjadinya kesalahan komunikasi antara dokter dengan pasien yang dapat berdampak pada kesalahan diagnosis dan terapi.

Setelah melalui proses pemeriksaan dokter, pasien akan diarahkan ke bagian farmasi untuk mendapatkan obat sesuai dengan resep yang dituliskan oleh dokter kepada farmasi. Proses pada bagian farmasi meliputi persiapan obat (pengambilan obat sesuai jenis dan jumlah yang ditentukan), penulisan etiket (cara penggunaan obat), penyerahan obat pada pasien, dan pemberitahuan cara penggunaan obat kepada pasien. Kegiatan di bagian ini dapat dilakukan oleh apoteker, asisten apoteker, maupun tenaga kesehatan yang terlatih atau telah mendapatkan pengarahan. Proses dalam bagian farmasi memiliki risiko yang tinggi karena salah satu jumlah tertinggi dalam hal kesalahan terkait keselamatan pasien di bidang kesehatan adalah kesalahan pengobatan (*medication error*). Setiap proses harus memperhatikan prinsip 7 benar pemberian obat, yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis obat, benar cara pemberian, benar waktu pemberian, benar dokumentasi, benar indikasi. Keterlibatan masyarakat setempat dalam proses ini merupakan hal yang dilematis karena seringkali farmasi mengalami kekurangan dalam hal sumber daya manusia. Masyarakat setempat dapat dilibatkan dengan pengawasan dalam hal pemberian obat serta penjelasan kepada pasien. Hal tersebut dapat dikerjakan pada kader yang berasal dari masyarakat dengan penjelasan sebelumnya dari petugas dan dilanjutkan oleh pemberian informasi kepada pasien oleh kader dengan menggunakan bahasa setempat dengan pertimbangan bahwa masyarakat

setempat memiliki kemampuan komunikasi yang lebih baik karena mengenal bahasa dan budaya yang ada.

Proses perpindahan pasien dari tiap bagian mulai dari pendaftaran ke pemeriksaan tanda vital, ke dokter, hingga bagian farmasi, umumnya dibantu oleh orang yang mengantarkan pasien. Keterlibatan masyarakat setempat juga dapat terjadi pada kegiatan pengantaran ini karena tidak membutuhkan kompetensi khusus.

Berdasarkan alur kegiatan di Balai Pengobatan rumah sakit apung dapat terlihat bahwa kerangka alih tugas yang saat ini dikerjakan adalah pada bagian pendaftaran, pemeriksaan tanda vital, farmasi, dan pendampingan alur pasien selama balai pengobatan. Dari gambaran tersebut, maka kerangka alih tugas yang ditemukan dalam balai pengobatan adalah adanya keterlibatan masyarakat lokal dalam pelayanan bakti sosial baik dalam hal pendaftaran, pemeriksaan tanda vital, maupun penyerahan obat dan penjelasannya kepada pasien. Secara umum didapatkan bahwa proses yang dapat dialihkan kepada masyarakat setempat adalah proses – proses dengan kriteria sebagai berikut:

1. Risiko yang rendah

Pada pelayanan kesehatan salah satu pertimbangan yang paling utama dan prinsip yang mendasar adalah keselamatan pasien. Setiap layanan kesehatan yang dikerjakan tidak bertujuan untuk menimbulkan cedera baik sengaja maupun tidak sengaja baik kepada pasien maupun petugas kesehatan.

2. Tidak memerlukan kompetensi khusus yang kompleks

Kompetensi erat kaitannya dengan hasil akhir dari sebuah proses atau kegiatan. Artinya seseorang tanpa kompetensi yang baik akan menghasilkan hasil akhir yang tidak baik. Dalam konteks layanan kesehatan tentu hal ini akan kembali pada prinsip keselamatan pasien. Tenaga kesehatan yang tidak memiliki kompetensi yang sesuai bila mengerjakan hal-hal di luar kompetensinya dapat menimbulkan insiden keselamatan pasien.

3. Ada mekanisme pengawasan dan kontrol

Mekanisme pengawasan dan kontrol merupakan salah satu tahapan penting dalam manajemen. Pengawasan bertujuan untuk memastikan tidak terjadi kesalahan dalam prosedur yang dikerjakan, sementara kontrol bertujuan untuk memastikan bahwa hasil yang didapatkan telah sesuai dengan standar. Kedua mekanisme tersebut juga memastikan bahwa standar keselamatan pasien dapat terpenuhi dengan baik.

4. Adanya kebutuhan komunikasi dengan pasien yang dilayani

Faktor komunikasi merupakan salah satu pilar yang penting dan menjadi salah satu tujuan internasional keselamatan pasien (*International Patient Safety Goals*). Kesalahan dalam proses komunikasi dapat menyebabkan berbagai insiden mulai dari kesalahan informasi yang diterima oleh dokter maupun pasien,

kesalahan dalam penentuan diagnosis, hingga kesalahan terapi atau tatalaksana terhadap kondisi pasien.

Pada kegiatan operasi minor dan operasi mayor, kriteria yang dijumpai proses – proses yang dapat dilakukan *task shifting* pada balai pengobatan belum dapat terpenuhi dengan gambaran sebagai berikut:

1. Risiko relatif tinggi pada prosedur operasi

Tidak dapat dipungkiri bahwa setiap tindakan invasif termasuk operasi atau pembedahan memiliki risiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan tindakan non-invasif. Dengan mempertimbangkan hal tersebut, maka *task shifting* pada prosedur operasi memerlukan tinjauan dan persiapan yang jauh lebih kompleks dibandingkan dengan balai pengobatan.

2. Memerlukan kompetensi khusus yang kompleks

Untuk dapat terlibat dalam tindakan pembedahan minor, seorang tenaga kesehatan membutuhkan keterampilan dan pelatihan khusus sehingga kemungkinannya sangat kecil untuk memberdayakan masyarakat setempat yang tidak memiliki kompetensi dasar maupun khusus yang memadai. Pada tindakan bedah mayor, *task shifting* tidak dikerjakan karena bedah mayor memerlukan kompetensi dan pelatihan yang jauh lebih kompleks.

3. Ada mekanisme pengawasan dan kontrol

Mekanisme pengawasan dan kontrol dapat dikerjakan pada operasi minor dan mayor, tetapi dengan tidak terpenuhinya kriteria terkait

kompetensi dan tidak dilakukannya *task shifting* maka pembahasan proses ini untuk *task shifting* dalam operasi tidak lagi relevan.

4. Kebutuhan komunikasi dengan pasien sangat minimal saat operasi
Komunikasi dengan pasien dan keluarga umumnya telah dilakukan di luar ruang operasi baik untuk penjelasan kondisi, diagnosis, prosedur yang akan dilakukan, risiko, dan penjelasan lain yang diperlukan. Apabila diperlukan komunikasi lebih lanjut dengan keluarga pasien selama pembedahan berlangsung, maka komunikasi tersebut dilakukan di luar ruangan operasi. Atas dasar tersebut, maka keterlibatan masyarakat setempat dalam konteks komunikasi terkait operasi minor maupun mayor dapat dilakukan di luar proses operasi itu sendiri.

Berdasarkan uraian tersebut, maka konsep *task shifting* belum dapat dilakukan karena kegiatan operasi memiliki risiko yang relatif tinggi dan membutuhkan kompetensi khusus. Bila akan dilakukan alih tugas, maka diperlukan pelatihan khusus yang terstruktur serta pemantauan dan evaluasi yang baik untuk menjamin keselamatan pasien.

Pada studi kasus RSA 3, pelayanan yang akan dilakukan sama dengan RSA 1 dan 2 yaitu balai pengobatan yang konsepnya sama dengan rawat jalan dan operasi, tetapi diperluas dengan adanya rawat inap. Saat ini operasional RSA 3 secara optimal masih dalam tahap proses perijinan dan perencanaan sumber daya manusia. Selain itu, kondisi pelayanan dan perijinan terkait juga sangat bergantung pada

daerah yang akan menjadi lokasi penempatan RSA 3 dalam jangka waktu yang lebih lama. Atas dasar tersebut, maka kerangka konsep alih tugas yang dapat dikerjakan harus diatur lebih baik karena melibatkan pelayanan yang sifatnya lebih permanen. Potensi alih tugas tersebut perlu dibuat kerangka acuan, metode supervisi, monitoring, dan asesmen risiko yang baik untuk memperbesar potensi manfaat dan mengurangi risiko terjadinya kejadian yang tidak diharapkan.

4.2.2. Proposisi 2: Berbagai kendala yang dijumpai terkait manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung dapat melibatkan faktor internal maupun eksternal.

Pada penelitian ini dari wawancara didapatkan beberapa kesulitan dalam mencari SDM untuk pelayanan rumah sakit apung. Hal ini tercetus dari beberapa pernyataan koordinator lapangan yang dilakukan wawancara sebagai informan kunci. Menurut informan STA, kesulitan dalam memenuhi kebutuhan SDM erat kaitannya dengan kualifikasi berdasarkan deskripsi kerja masing-masing profesi dan penentuan jadwal sebagai sukarelawan yang seringkali bersamaan dengan jadwal di tempat kerja. Selain itu, kesulitan juga dihadapi bila ada profesi tertentu yang mengadakan acara tahunan seperti Pertemuan Ilmiah Tahunan yang lazim dilakukan oleh profesi medis seperti dokter spesialis. Hal tersebut juga disampaikan oleh informan AV, CH, IRL, dan SS yang seringkali mendapatkan ketersediaan SDM menjelang waktu pelaksanaan

pelayanan dan tidak jarang melibatkan SDM dari wilayah kerja yang lebih dekat dengan tempat pelayanan.

Dalam memenuhi kebutuhan SDM informasi yang didapat dari informan AV, CH, dan SS juga melibatkan rekomendasi dari SDM yang sudah pernah terlibat dalam pelayanan rumah sakit apung sebelumnya. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya disharmonisasi dalam pelayanan yang akan diselenggarakan. Sebelum dilangsungkan pelayanan, dilakukan pembekalan atau orientasi awal supaya tim yang akan bekerja memiliki persepsi yang sama terkait model pelayanan dan keterbatasan yang akan dihadapi, seperti perbedaan fasilitas, kondisi lapangan yang tidak sama dengan rumah sakit yang umum di daratan, keterbatasan alat atau model alat kesehatan yang berbeda dengan apa yang sudah biasa digunakan di rumah sakit, dan berbagai kendala lain yang mungkin dijumpai. Hal tersebut disampaikan juga oleh informan IRL.

Para informan kunci yang menjadi pelaksana juga menyampaikan bahwa kesulitan dalam pemenuhan SDM juga dijumpai pada profesi tertentu seperti dokter spesialis anestesi karena secara umum jumlahnya juga terbatas. Hal ini diatasi dengan menggunakan tenaga penaga anestesi. Untuk menjamin keberlangsungan layanan umumnya penata anestesi yang digunakan adalah orang yang sudah pernah menjadi relawan sebelumnya karena sudah diketahui kemampuan dan cara bekerjanya. Untuk penata anestesi yang baru lebih diutamakan bila ada dokter spesialis anestesi atau penata anestesi yang sudah pernah

menjadi relawan sebelumnya untuk mendampingi dan melakukan supervisi.

Dalam hal pelayanan farmasi informan kunci STA dan AV menyampaikan bahwa tim yang ada dapat diperbantukan bila tenaga kefarmasian tidak tercukupi. Tim yang diperbantukan dapat berlatar belakang keperawatan seperti perawat atau mahasiswa keperawatan dengan batasan tertentu supaya tidak terjadi kesalahan dalam penyiapan obat. Untuk perawat juga dapat diperbantukan dalam hal memberikan penjelasan mengenai cara penggunaan obat ke masyarakat karena mereka dianggap memiliki pengetahuan yang cukup untuk melakukan hal tersebut.

Para informan kunci yang berlatar belakang pelaksana atau koordinator lapangan juga menyampaikan bahwa fleksibilitas dan penyesuaian sangat penting. Misalnya bila ditemukan kekurangan di pos tertentu, maka SDM di pos yang lainnya sangat mungkin untuk diperbantukan mengisi kekurangan tersebut.

Berdasarkan hasil tersebut, maka dapat dikategorikan permasalahan SDM di rumah sakit apung ini adalah kurangnya jumlah SDM, adanya kualifikasi tertentu yang harus dimiliki oleh SDM, dan fasilitas atau kondisi setempat daerah pelayanan yang memerlukan pengalaman atau penyesuaian. Jumlah kebutuhan untuk profesi tertentu yang menjadi kendala adalah profesi yang lebih spesialisik dan jumlahnya belum banyak seperti dokter spesialis bedah dan spesialis anestesi.

Kebutuhan profesi lain yang pada awalnya juga sulit untuk dipenuhi adalah ahli farmasi atau apoteker. Untuk keperluan pelayanan juga diperlukan adanya tenaga penerjemah karena perbedaan bahasa dan budaya di tempat tersebut.

Selain permasalahan SDM dalam wawancara dengan para koordinator lapangan juga didapatkan permasalahan terkait regulasi internal, misalnya belum adanya mekanisme tertulis dalam menjalankan pelayanan yang saat ini dilakukan sesuai dengan kebiasaan lisan dari satu pelayanan ke pelayanan yang lain. Pengarahan dan pengaturan yang terjadi selama pelayanan berlangsung sangat bergantung pada kebiasaan masing – masing koordinator yang sudah berpengalaman dalam menjalankan pelayanan tersebut. Dalam pelaksanaannya mereka dibantu oleh koordinator untuk balai pengobatan, koordinator minor, dan koordinator mayor.

Dari wawancara tersebut pengaturan SDM belum dibuat secara terstruktur dan tertulis. Data mengenai regulasi terkait *task shifting* tidak secara eksplisit disampaikan. Kegiatan organisasi pelayanan yang selama ini dijalankan lebih bersifat turun temurun dan dilakukan orientasi secara lisan. Hasilnya setiap kegiatan akan sangat bergantung pada kemampuan dan pengalaman orang – orang kunci seperti koordinator lapangan.

Pada penelitian sebelumnya di Uganda, telah dilakukan identifikasi sejumlah faktor yang dapat menghambat atau menjadi tantangan bagi *task shifting* antara lain:

1. Resistensi terhadap perubahan.
2. Aturan dan regulasi profesi.
3. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan.
4. Korupsi.
5. Perencanaan yang buruk.
6. Kurangnya agen perubahan untuk mewujudkan *task shifting*.
7. Ketertarikan pada *task shifting* menurunkan minat pada jenis pelayanan lainnya.
8. Beban kerja yang tinggi dan tingginya angka kejadian penyakit.
9. Kurangnya panduan pelaksanaan.
10. Kurangnya perlindungan hukum.
11. Budaya komunitas setempat yang tidak dapat menerima *task shifting* (persepsi masyarakat mengenai pekerjaan dokter).
12. Persepsi masyarakat terhadap HIV.
13. Kurangnya penghargaan.
14. Penggunaan istilah "*task shifting*"
15. Lingkungan kerja yang buruk.
16. *Task shifting* yang tidak diatur.
17. Persaingan kerja di bidang profesi tenaga kesehatan profesional.

Mengacu pada 17 hal yang didapatkan pada penelitian sebelumnya terkait faktor yang dapat menjadi kendala dalam penerapan manajemen

alih tugas, maka temuan kondisi di Indonesia terkait 17 hal tersebut adalah sebagai berikut:

1. Resistensi terhadap perubahan.

Saat ini di Indonesia relatif resisten terhadap perubahan yang terjadi di berbagai bidang. Namun, dalam beberapa periode pemerintahan terakhir didapatkan adanya usaha pemerintah untuk melakukan perubahan di berbagai bidang. Kita dapat melihat adanya profesional lintas bidang yang berkarya di berbagai bidang yang berbeda, adanya pembentukan kebijakan – kebijakan yang baru yang secara birokratis berbeda dengan kebijakan yang telah lama ada. Di bidang kesehatan perubahan juga terjadi, tetapi saat ini fokus perubahan masih terkonsentrasi pada beberapa bidang prioritas khususnya terkait jaminan kesehatan.

2. Aturan dan regulasi profesi.

Di Indonesia saat ini belum ada aturan yang menyeluruh mengatur mengenai manajemen alih tugas. Hal ini tentu akan berpotensi menimbulkan konflik dalam konteks kewenangan klinis. Regulasi dari pemerintah maupun organisasi profesi merupakan hal yang penting untuk memberikan kepastian hukum bagi tenaga kesehatan maupun institusi pelayanan kesehatan yang memberikan layanan kepada masyarakat. Tujuan perlindungan hukum ini tentunya bukan hanya untuk

melindungi kepentingan masyarakat, tetapi juga untuk profesi yang terlibat.

3. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan.

Dalam konteks pengetahuan dan keterampilan, dapat dijumpai bahwa jumlah akademi kesehatan masih dominan di Indonesia dengan jumlah 1.557 program studi, sedangkan program studi dengan tingkat sarjana di bidang kesehatan hanya 971 (Data dari Pangkalan Data Pendidikan Tinggi Kementerian Riset, Teknologi Dan Pendidikan Tinggi).

4. Korupsi.

Tahun 2019 indeks persepsi korupsi Indonesia ada di skor 40 dan ranking 85 dari 180 negara (pada tingkat ASEAN, Indonesia berada di peringkat empat). Skor ini naik dua poin dari tahun 2018 yang berada di poin 38. Hal ini tentu merupakan sebuah peningkatan yang positif, meskipun pemberantasan korupsi di berbagai bidang masih perlu dilakukan.

5. Perencanaan yang buruk.

Dalam hal perencanaan di bidang kesehatan, saat ini strategi alih tugas belum menjadi prioritas. Berdasarkan rekomendasi WHO strategi alih tugas merupakan strategi antara untuk menjembatani strategi yang lebih permanen. *Task shifting* dilakukan hanya pada daerah tertentu dan dalam jangka waktu tertentu saja.

6. Kurangnya agen perubahan untuk mewujudkan *task shifting*.

Pengetahuan mengenai *task shifting* di Indonesia belum banyak berkembang, dan penelitian terkait kebijakan *task shifting* di Indonesia masih sangat terbatas. Hal ini tentu saja akan menjadi salah satu faktor yang menghambat penerapan manajemen alih tugas di Indonesia. Kurangnya pengetahuan dan penelitian terkait manajemen alih tugas tentunya akan berpengaruh pada jumlah agen perubahan yang juga relatif sedikit.

7. Ketertarikan pada *task shifting* menurunkan minat pada jenis pelayanan lainnya.

Dalam konteks di Indonesia, saat ini belum ada penerapan manajemen alih tugas yang dilakukan secara sistematis sehingga permasalahan ini belum dapat dinilai.

8. Beban kerja yang tinggi dan tingginya angka kejadian penyakit.

Beban kerja yang tinggi berhubungan dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang sesuai dan jumlah kasus yang ditangani. Dalam konteks rumah sakit apung permasalahan yang mungkin muncul adalah kurangnya sumber daya yang sesuai untuk memberikan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Selain itu, permasalahan banyaknya jumlah kasus yang muncul juga dapat terjadi karena secara umum di DTPK masih mengalami kesulitan akses

terhadap layanan kesehatan. Hal ini akan mendorong tingginya angka penggunaan layanan kesehatan ketika mereka mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan tersebut.

9. Kurangnya panduan pelaksanaan.

Saat ini belum ada panduan pelaksanaan yang baku. Hal ini menjadi tantangan dan dapat pula menjadi peluang sebagai manfaat dari penelitian yang dilakukan.

10. Kurangnya perlindungan hukum.

Belum adanya aturan yang jelas mengatur mengenai manajemen alih tugas baik dari pemerintah maupun organisasi profesi saat ini masih dialami di Indonesia. Hal ini juga akan menjadi salah satu faktor hambatan yang terbesar.

11. Budaya komunitas setempat yang tidak dapat menerima *task shifting* (persepsi masyarakat mengenai pekerjaan dokter).

Belum ada penelitian di Indonesia yang menggambarkan hal tersebut.

12. Persepsi masyarakat terhadap HIV.

Faktor ini tidak secara langsung relevan dengan kondisi penelitian karena konteks penelitian yang dilakukan adalah penerapan manajemen alih tugas pada pelayanan kesehatan umum dan tidak spesifik pada HIV.

13. Kurangnya penghargaan.

Hal ini dapat dijumpai pada penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa kebijakan penempatan tenaga kesehatan belum dapat mengatasi kekurangan tenaga di puskesmas sangat terpencil. Tidak adanya insentif dan ketidakjelasan pengembangan karir dan penghargaan bagi mereka merupakan penyebab tenaga tidak retensi, sehingga di puskesmas sangat terpencil kekurangan tenaga.

14. Penggunaan istilah "*task shifting*"

Belum dijumpai padanan kata yang tepat untuk *task shifting* di Indonesia. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya tafsir yang berbeda dari pihak – pihak terkait.

15. Lingkungan kerja yang buruk.

Dalam konteks lingkungan kerja di rumah sakit apung dengan adanya kesamaan visi dan sifat yang sukarela, maka faktor ini diperkirakan tidak akan muncul sebagai faktor penghambat yang dominan.

16. *Task shifting* yang tidak diatur.

Saat ini belum ada pengaturan mengenai manajemen alih tugas. Hal ini tentu menjadi perhatian khusus untuk mencegah terjadinya risiko yang tidak diharapkan saat pelaksanaan alih tugas.

17. Persaingan kerja di bidang profesi tenaga kesehatan profesional.

Belum ada penelitian secara langsung yang mengutarakan hal tersebut, tetapi kemungkinan terjadinya kecemburuan dalam konteks lapangan pekerjaan atau ranah pekerjaan tertentu dapat saja terjadi.

Saat ini belum ada konstruksi hukum terkait *task shifting* SDM di bidang kesehatan di Indonesia. Dari faktor internal rumah sakit apung belum ada SOP tertulis, tetapi setiap kegiatan yang dilakukan telah mendapatkan pengarahannya sebelumnya. Pada penelitian ini didapatkan kendala alih tugas di RSA 3 adalah belum adanya manajemen pengelolaan SDM yang baku karena saat ini sedang dalam tahap persiapan dan pengembangan.

4.2.3. Proposisi 3: Berbagai variabel perlu dipertimbangkan dalam manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa *task shifting* di Indonesia belum memiliki regulasi, terminologi, dan penelitian yang spesifik. Untuk mengetahui variabel – variabel yang perlu dipertimbangkan, maka pembelajaran dari dokumentasi atau publikasi ilmiah menjadi hal yang penting untuk diperhatikan.

Penelitian di Uganda (Dambisya, 2012) mengidentifikasi faktor-faktor yang menunjang penerapan *task shifting* antara lain :

1. Adanya kebijakan mengenai *task shifting*.
2. Terdapat pedoman dan standar prosedur operasional.
3. Dukungan dan komitmen pemerintah.
4. Adanya inisiatif dan fokus permasalahan yang jelas.
5. Alur rujukan yang berfungsi dengan baik.
6. Kebutuhan pelayanan kesehatan.
7. Kurangnya jumlah tenaga kesehatan yang terampil.
8. Kurangnya pengaturan dan penegakan hukum mendorong terjadinya praktik *task shifting*.
9. Bukti keberhasilan *task shifting*.
10. Kualitas kader yang baik.

Berdasarkan faktor – faktor pendukung yang diuraikan, saat ini belum didapatkan kebijakan, pedoman, dan standar operasional yang tertulis mengenai *task shifting* di Indonesia. Tidak adanya regulasi yang mengatur tentu juga akan menghambat penegakan hukum yang mendorong terjadinya praktik *task shifting*. Hal ini tentu menjadi tantangan tersendiri bagi penerapan *task shifting*.

Terdapat beberapa faktor yang menunjang *task shifting* di Indonesia berdasarkan uraian tersebut, seperti adanya inisiatif dan fokus permasalahan, kebutuhan pelayanan kesehatan, dan kurangnya jumlah tenaga kesehatan yang terampil. Hal tersebut tentu perlu didukung

dengan peran dari pemerintah daerah, khususnya bagi daerah – daerah yang membutuhkan layanan kesehatan yang baik dan merata.

Dari faktor – faktor yang diuraikan, ada beberapa hal yang belum dapat terbukti di Indonesia karena pelaksanaan *task shifting* yang belum berjalan secara sistematis di Indonesia. Beberapa faktor tersebut adalah kualitas kader yang sangat bergantung pada kondisi tiap – tiap daerah, dan belum adanya bukti keberhasilan *task shifting* di Indonesia. Saat ini rumah sakit apung telah memiliki bukti penerimaan masyarakat yang baik dan mampu memberikan layanan kesehatan yang baik bagi masyarakat yang kesulitan akses.

Kelompok kerja dari *Human Resources in Humanitarian Health* mengemukakan beberapa langkah yang perlu dilakukan untuk menerapkan *task shifting* antara lain: (Laura Janneck, 2009)

1. Menetapkan kompetensi utama dan memfasilitasi *task shifting*. Langkah ini dapat diawali dengan mengidentifikasi tugas kunci yang perlu dilakukan sesuai dengan kondisi setempat.
2. Menetapkan jenjang karir untuk tenaga kesehatan yang ingin terlibat dalam *task shifting*, termasuk pengawas.
3. Harus ada regulasi yang mengatur mengenai *task shifting*.
4. Tenaga kesehatan dalam sistem kesehatan tersebut harus mendapatkan kompensasi yang sesuai dengan tingkatannya.

5. Donatur perlu mengembangkan pembiayaan dalam mendukung kapasitas pelayanan kesehatan setempat.

Secara garis besar uraian tersebut serupa dengan apa yang telah disampaikan pada penelitian di Uganda, hanya ada penekanan besar juga dari segi jenjang karir, kompensasi, dan pembiayaan. Hal – hal tersebut belum terwujud di Indonesia karena metode *task shifting* belum dijalankan secara formal di Indonesia. Hal serupa juga menjadi tantangan bagi rumah sakit apung karena sifat layanannya yang temporer atau insidental di berbagai kesempatan.

Pemanfaatan metode *task shifting* telah dilakukan juga oleh negara-negara berpenghasilan tinggi seperti Australia, Inggris, Irlandia Utara, dan Amerika Serikat. *Task shifting* di negara-negara tersebut dilakukan dengan memperluas peran perawat dalam memberikan resep untuk beberapa penyakit tertentu dan peran pasien HIV/AIDS dalam tatalaksana kondisi penyakit mereka dan menjadi penunjang bagi orang lain. Model yang dikembangkan di negara-negara tersebut serupa dengan *Expert Patient*² yang berorientasi pada manajemen pribadi untuk penyakit kronik (*self-management for chronic diseases*) (Katherine Kober, 2006).

Hasil tersebut menggambarkan bahwa penerapan task shifting di negara maju memiliki orientasi atau tujuan yang berbeda dengan penerapan di negara berkembang meskipun prinsip pelaksanaannya sama. Negara maju kekurangan sumber daya kesehatan untuk melayani

² *Expert Patient* merupakan program yang melibatkan orang dengan HIV/AIDS sebagai kader kesehatan untuk membantu mengatasi epidemic HIV.

beban penyakit tidak menular, sementara di negara berkembang masih mengalami *double burden* akibat peningkatan penyakit tidak menular sementara beban penyakit menular juga belum dapat ditekan dengan optimal.

Di Indonesia, pada tahun 2001-2008 telah dilakukan pendelegasian tugas maupun *task shifting* dari dokter umum kepada perawat dan bidan. Pembelajaran yang dapat diambil dari penerapan tersebut, seperti yang disampaikan oleh Idris (2011) bahwa pendelegasian kewenangan klinis dari dokter kepada perawat atau bidan di daerah terpencil harus mengikuti beberapa kriteria:

1. Mekanisme pendelegasian perlu dilakukan dengan akuntabilitas yang baik.
2. Kewenangan yang didelegasikan harus dibuat dengan sangat jelas.
3. Ada jangka waktu yang spesifik.
4. Hanya dokter tertentu di daerah tersebut yang dapat melakukan delegasi kewenangan kepada perawat/bidan.
5. Pada pendelegasian kewenangan terkait obat, maka hanya obat tertentu yang dapat didelegasikan pemberiannya pada perawat/bidan.
6. Perawat dan bidan hanya dapat melakukan delegasi tugas tersebut di fasilitas milik pemerintah.

Penerapan di Indonesia seperti yang disampaikan oleh Idris (2011) perlu diperhatikan dengan seksama karena pada periode tahun 2001-2005 terdapat beberapa penyimpangan dari konsep yang dibuat. Terjadi perselisihan antara perawat/bidan yang menerima delegasi dengan dokter yang berpraktik di area tersebut karena munculnya praktik mandiri dari perawat/bidan. Hal ini tidak sesuai dengan konsep awal pendelegasian kewenangan untuk memenuhi pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kesulitan akses terhadap dokter.

Pada perkembangannya perawat dan bidan dapat melakukan praktik mandiri sesuai dengan batasan kewenangan profesinya, yaitu terkait asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan. Praktik mandiri keperawatan telah diatur dengan jelas berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.

Pada penelitian di Somalia untuk penerapan *task shifting* dalam pelayanan bedah (Chu, 2011), pelatihan, supervisi, dan evaluasi menjadi variabel yang penting untuk dipertimbangkan. Kasus di Somalia merupakan salah satu contoh pelatihan yang dilakukan secara struktur dalam waktu singkat, tetapi proses supervisi dan evaluasi yang terus dilakukan meskipun tidak secara tatap muka langsung. Hal tersebut terjadi karena instabilitas politik yang menyebabkan bantuan tenaga kesehatan dari negara lain tidak diperkenankan untuk masuk ke dalam negara Somalia. Saat itu dilakukan pelatihan dari dokter bedah dan anestesi terhadap tim dokter umum dan perawat untuk melaksanakan pelayanan

bedah yang aman. Panduan dibuat dengan sebaiknya dan pada saat tim dokter bedah dan anestesi tidak lagi diperkenankan untuk hadir, maka tim dokter dan perawat yang dilatih akan mengerjakan pelayanan tersebut dalam keadaan darurat. Supervisi dan evaluasi tetap dilakukan meskipun secara daring dari jarak jauh. Hal tersebut untuk memastikan bahwa tujuan *task shifting* tercapai, yaitu untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas untuk kasus – kasus pembedahan yang diperlukan.

Model *task shifting* untuk prosedur pembedahan juga dilakukan di Mozambique dan Tanzania (Pereira, 2010). Penerapan tersebut juga menunjukkan pentingnya pelatihan, supervisi, evaluasi, dan penguatan dalam penerapan *task shifting*. Pelatihan yang dilakukan lebih terstruktur dengan kualitas kader kesehatan yang baik. Pelatihan formal dilakukan selama 3 tahun bagi perawat atau tenaga kesehatan yang telah memiliki pengalaman layanan pembedahan sebelumnya dan menjadikan mereka sebagai *tecnicos de cirurgia* (teknisi bedah yang dilatih). Sebagian besar tindakan diputuskan dan diawasi oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi yang berpengalaman.

Robertson (2020), seorang ahli bedah saraf membagi *task shifting* menjadi 3 fase berupa fase pelatihan (dengan kurikulum yang terstruktur, pengawasan yang cukup dan evaluasi kompetensi), fase praktik (integrasi hasil pelatihan dalam pekerjaan, pembentukan rujukan, dan pembuatan definisi praktik yang jelas), dan fase pemeliharaan (sertifikasi, jenjang karir, dan kompensasi finansial). Terlihat bahwa model yang dikemukakan

menguraikan variabel – variabel pertimbangan yang penting seperti yang telah diuraikan sebelumnya. Namun, ditekankan juga bahwa pada praktiknya diperlukan definisi yang jelas dari lingkup pekerjaan, prasyarat, dan kewenangan dalam pelaksanaan *task shifting*.

Atas dasar pembelajaran tersebut, maka regulasi merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan. Kebijakan secara tertulis mulai dari tingkat pusat hingga daerah perlu dibuat sebagai dasar hukum yang jelas dalam pelaksanaan *task shifting*. Selain itu, regulasi yang dimaksud juga termasuk berbagai standar operasional prosedur pada level mikro atau pada tataran praktis. Hal tersebut tentu juga perlu disusun mulai dari segi perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Definisi praktik *task shifting* yang jelas juga merupakan variabel penting yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan *task shifting*. Perlu dilakukan identifikasi yang jelas terkait jenis tugas yang akan dialihkan, pihak – pihak terkait khususnya organisasi profesi, serta batasan – batasan dalam pelaksanaannya. Hal ini sangat penting untuk menghindari konflik dalam pelaksanaan *task shifting*, baik konflik lokal yang terjadi pada area tempat pelaksanaan, maupun konflik organisasi maupun organisasi profesi.

Setelah menentukan definisi praktik *task shifting* dengan jelas, maka pelatihan menjadi variabel yang penting untuk mewujudkan pelaksanaan *task shifting*. Untuk mencapai tujuan pelatihan diperlukan

penyusunan kurikulum yang terstruktur. Hal tersebut dapat dicapai dengan baik bila ada kerjasama dengan organisasi profesi.

Untuk memastikan kualitas pelatihan dan pelaksanaan yang baik, khususnya untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien, maka pelaksanaan *task shifting* setelah pelatihan perlu diikuti dengan supervisi. Idealnya supervisi dilakukan langsung secara berdampingan, tetapi pada beberapa kasus supervisi dapat juga dilakukan melalui jarak jauh dengan metode daring.

Evaluasi secara berkala terkait program yang dilaksanakan akan menghasilkan perbaikan dan peningkatan mutu dari program tersebut. Evaluasi merupakan komponen yang penting untuk menjaga kesinambungan sebuah program, termasuk dalam konteks *task shifting*.

Hasil evaluasi akan menjadi saran dan perbaikan yang diterjemahkan dalam bentuk penguatan terhadap program yang dilaksanakan. Penguatan dalam pelaksanaannya dapat dilakukan dengan berbagai metode seperti pertemuan atau pelatihan langsung, diskusi, maupun pelatihan atau pendampingan yang dilakukan jarak jauh dengan metode daring.

Faktor yang juga penting secara makro adalah insentif. Dalam hal ini yang perlu diperhatikan selain insentif secara finansial, juga insentif non finansial seperti jenjang karir atau kesempatan pengembangan diri dalam jangka waktu panjang.

Dapat disimpulkan bahwa beberapa variabel yang perlu dipertimbangkan sebagai variabel kunci adalah:

1. Regulasi
2. Delegasi / Substitusi
3. Pelatihan
4. Supervisi
5. Evaluasi
6. Penguatan
7. Insentif.

4.2.4. Proposisi 4: Dibutuhkan model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung untuk menjamin kesinambungan layanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan di Indonesia.

Dalam penelitian belum didapatkan adanya model *task shifting* di Indonesia sehingga pada bagian ini akan diuraikan beberapa model *task shifting* yang dijumpai di beberapa negara dan pembelajaran tersebut akan digunakan dalam perumusan model *task shifting* untuk diterapkan di Indonesia. Model *task shifting* telah dilakukan di beberapa negara baik dalam konteks negara berkembang maupun negara maju. Hasil analisis akan dipadukan dengan kesesuaian untuk penerapan di Indonesia.

Penelitian di Somalia, *task shifting* dilakukan dalam konteks pelayanan bedah (Chu, 2011). Kondisi di Somalia sebagai negara yang

tidak stabil secara politik berdampak pada layanan kesehatan, khususnya pelayanan bedah. Bantuan tenaga kesehatan dari negara lain tidak diperkenankan untuk masuk ke Somalia karena hal tersebut sehingga Medecins Sans Frontieres menciptakan model pelayanan bedah secara jarak jauh. Model tersebut bertujuan untuk menurunkan mortalitas karena komplikasi kehamilan dan persalinan dari trauma. Kesimpulan penelitian tersebut adalah pelayanan bedah pada lingkungan konflik sangat sulit, bahkan dengan adanya keterbatasan bantuan internasional, dan model *task shifting* dapat bermanfaat pada kondisi tersebut.

Pada model tersebut dilakukan pelatihan dari dokter bedah dan anestesi terhadap tim dokter umum dan perawat untuk melaksanakan pelayanan bedah yang aman. Panduan dibuat dengan sebaiknya dan pada saat tim dokter bedah dan anestesi tidak lagi diperkenankan untuk hadir, maka tim dokter dan perawat yang dilatih akan mengerjakan pelayanan tersebut dalam keadaan darurat. Pemantauan lebih banyak dilakukan dari jarak jauh dan kunjungan hanya 2 kali dalam 1 tahun.

Penelitian yang dilakukan oleh Chu (2011) tersebut menunjukkan hasil bahwa 1460 (70%) kasus yang ditangani merupakan kasus darurat. Trauma sebanyak 76% (1585) dari seluruh prosedur pembedahan yang dilakukan dan luka tembak sejumlah 89% (584) dari cedera kekerasan. Keberhasilan *task shifting* dinilai dari mortalitas operasi yang tidak lebih tinggi bila dikerjakan oleh staf Somalia yang dilatih dibandingkan dengan

tingkat mortalitas operasi saat tindakan – tindakan serupa dilakukan oleh ahli bedah dan ahli anestesi asing.

Pada kasus *task shifting* di Somalia (Chu, 2011), dapat dipelajari bahwa pemberian perawatan bedah dalam situasi konflik yang sulit dan situasi dukungan internasional yang terbatas, mengakibatkan tantangan yang jauh lebih ekstrim. Dalam model ini, *task shifting*, atau penyediaan layanan dengan lebih sedikit kader terlatih, dimanfaatkan dan angka kematian perioperatif tetap rendah yang menunjukkan bahwa praktik bedah aman dapat dicapai bahkan tanpa kehadiran ahli bedah dan ahli anestesi yang terlatih. Dalam kondisi keterbatasan untuk kehadiran tenaga ahli secara langsung, cara terbaik yang ditemukan untuk mendukung perawatan bedah di Somalia adalah terus mendukung secara “jarak jauh”.

Model *task shifting* untuk prosedur pembedahan juga dilakukan di Mozambique dan Tanzania. Model yang diterapkan berupa pelatihan formal selama 3 tahun dari perawat atau tenaga kesehatan yang telah memiliki pengalaman layanan pembedahan sebelumnya dan menjadikan mereka sebagai *tecnicos de cirurgia* (teknisi bedah yang dilatih). Mereka diperbantukan dalam melakukan tindakan bedah obstetrik, khususnya pada kasus kedaruratan. Sebagian besar tindakan diputuskan dan diawasi oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi yang berpengalaman. Berdasarkan penelitian Pereira (2010) *task shifting* di Mozambique dan Tanzania memberikan hasil:

1. Hasil prosedur operasi sectio caesarea antara dokter spesialis dan teknisi bedah yang dilatih tidak menunjukkan hasil perbedaan klinis yang signifikan.
2. Perhitungan efektivitas biaya tiga kali lebih baik pada operasi yang dilakukan oleh teknisi bedah yang dilatih dibandingkan dengan dokter spesialis.
3. Teknisi bedah yang dilatih lebih banyak melakukan prosedur pembedahan di rumah sakit yang berada daerah rural (92%) dibandingkan dengan jumlah prosedur yang mereka lakukan di rumah sakit yang berada di daerah urban (38%).
4. Staf medis menghargai keberadaan teknisi bedah yang dilatih karena menurunkan kebutuhan rujukan layanan kesehatan dan menurunkan biaya kesehatan, tetapi permasalahan terkait status profesional dan remunerasi dari teknisi bedah yang dilatih masih menjadi permasalahan.

Dari uraian tersebut, maka dapat dipelajari bahwa keberhasilan task shifting yang dilakukan di Mozambique dan Tanzania tidak terlepas dari regulasi, pelatihan yang baik, lokasi rural yang lebih dominan dibandingkan dengan kebutuhan di urban, saling menghargai antar profesi, serta adanya manfaat dalam hal efisiensi pembiayaan pada sistem kesehatan.

Pada ahli di bidang bedah saraf juga menjajaki *task shifting* sebagai model yang dapat dikembangkan. Robertson (2020) membuat pemodelan yang membagi *task shifting* menjadi 3 fase, yaitu:

1. Fase Pelatihan; Menekankan pada adanya pelatihan dengan kurikulum yang terstruktur, pengawasan yang cukup, serta evaluasi berdasarkan kompetensi.
2. Fase Praktik; Merupakan integrasi hasil pelatihan dalam pekerjaan, pembentukan jejaring rujukan yang sesuai, serta pembuatan definisi praktik yang jelas (untuk menghindari konflik dalam pelaksanaan praktik).
3. Fase Pemeliharaan; Perlunya sertifikasi dan pengakuan dari sistem kesehatan yang berlaku, adanya pertimbangan kompensasi finansial, dan pengembangan profesional yang berkelanjutan.

Dalam sebuah penelitian tinjauan sistematis, model *task shifting* juga ditemukan dapat memberikan manfaat dalam penghematan biaya dan efisiensi sistem kesehatan di negara dengan pendapatan rendah dan menengah (Seidman, 2017). Pemanfaatan model *task shifting* dalam hal penanganan tuberculosis, HIV, dan malaria dapat berdampak terhadap pembiayaan kesehatan dengan beberapa mekanisme seperti menurunkan biaya sistem kesehatan, menurunkan biaya pasien, atau campuran keduanya.

Penelitian Seidman (2017) juga menyimpulkan beberapa hal terkait *task shifting*, yaitu:

1. *Task shifting* dapat membantu mencapai penghematan biaya dan meningkatkan efisiensi untuk aktivitas yang terkait dengan prioritas utama kesehatan global, masalah kesehatan global yang muncul, dan penyakit tropis yang terabaikan, tetapi basis buktinya sebagian besar terbatas pada puskesmas dan perawatan berbasis komunitas.

Bukti utama yang ditemukan dalam penelitian ini dalam hal penghematan adalah dalam hal penanganan tuberkulosis dan HIV/AIDS, penyakit yang memberikan beban besar bagi negara – negara dengan penghasilan rendah dan menengah. Salah satu hal yang menjadi penghematan dalam konteks penanganan tuberkulosis dan HIV/AIDS dengan metode *task shifting* adalah pemberian obat yang rutin tanpa memerlukan kompetensi khusus yang kompleks sehingga tugas atau aktivitas tersebut dapat dialihkan pada orang yang terlatih.

2. Model *task shifting* melibatkan lebih dari sekadar pengalihan perawatan klinis kepada petugas kesehatan komunitas.

Petugas kesehatan komunitas memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Adanya *task shifting* yang juga meningkatkan kompetensi

petugas kesehatan komunitas akan memberikan dampak efisiensi yang besar karena pendekatan tatalaksana penyakit secara komunitas memberikan dampak yang lebih besar dibandingkan dengan pendekatan individu.

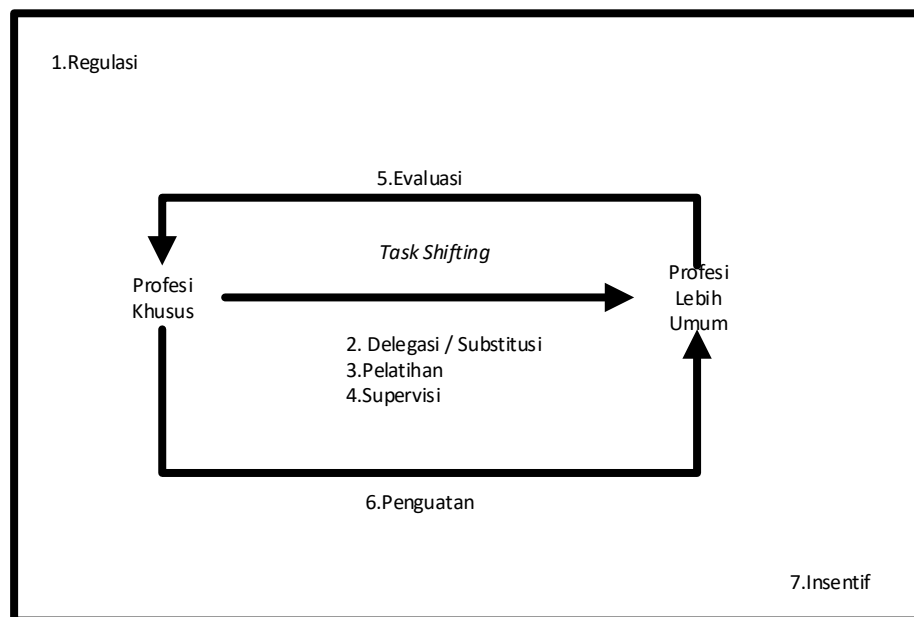
3. Desain dan manfaat intervensi *task shifting* akan bervariasi berdasarkan konteksnya

Penentu kebijakan dan perencana program perlu menyadari bahwa *task shifting* bukanlah kunci utama untuk meningkatkan efisiensi dan derajat kesehatan, tetapi hanya satu dari banyak metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan efisiensi sistem kesehatan. Perlu disadari juga bahwa tanpa perencanaan yang baik, *task shifting* juga dapat meningkatkan biaya sistem kesehatan atau menurunkan efisiensi, misalnya bila terjadi penurunan kondisi kesehatan populasi secara keseluruhan karena buruknya kualitas layanan klinis atau meningkatnya jumlah tenaga kesehatan tanpa diikuti dengan peningkatan layanan kesehatan yang baik.

Pada penelitian di Eropa, Amerika Serikat, Kanada, Selandia Baru, dan Australia ditemukan bahwa kebutuhan *task shifting* meningkat, tetapi tidak disertai dengan regulasi yang memadai (Maier, 2015). Penelitian terkait regulasi *task shifting* belum banyak dilakukan walaupun regulasi merupakan salah satu variabel kunci dalam pelaksanaan *task shifting*

karena dapat mempengaruhi pelaksanaan atau praktik *task shifting*, kejelasan peran dari pihak – pihak yang terlibat, dan ketersediaan data yang bermanfaat untuk evaluasi. Regulasi seharusnya memperhatikan tinjauan berkala dan harmonisasi dalam konteks desentralisasi. Pembelajaran dari berbagai negara, regulasi yang dikembangkan terkait dengan task shifting sangat beragam, mulai dari regulasi tingkat nasional, desentralisasi, hingga tidak diatur.

Model task shifting juga dikembangkan oleh WHO (2007) di Uganda dengan melatih pasien HIV/AIDS yang telah menyelesaikan periode pengobatannya dan mendapatkan edukasi yang baik. Secara garis besar model task shifting WHO menguraikan profesi yang terlibat dalam task shifting menjadi 5 jenis, yaitu dokter spesialis, tenaga kesehatan non dokter, perawat, asisten perawat, dan masyarakat. Berdasarkan tingkatan tersebut, maka didapatkan ada 4 proses task shifting dari tingkat I hingga IV. Proses task shifting yang dilakukan pada model WHO melibatkan adanya regulasi dan pelatihan sebagai proses kunci, yang di dalamnya terkandung variabel supervisi, delegasi, substitusi, penguatan, *mentoring*, dan inovasi. Namun, model WHO bersifat lebih umum dan tidak secara teknis mengatur keterlibatan setiap variabel dalam proses task shifting.



Gambar 4.6. Model Konseptual Sederhana Manajemen Alih Tugas (Task Shifting) Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Apung
 Sumber: Hasil penelitian, 2018-2021

Model konseptual yang diajukan pada penelitian ini secara sederhana merupakan modifikasi model WHO yang dibuat kontekstual untuk lokus penelitian. Secara umum model ini merupakan sebuah sistem manajemen alih tugas SDM yang komprehensif mulai dari regulasi sebagai dasar hukum dan tata kelola organisasi, *task shifting* sebagai fokus utama dengan 5 variabel kunci di dalamnya (delegasi/substitusi, pelatihan, supervisi, evaluasi, dan penguatan), serta faktor insentif sebagai bagian dari fungsi *retainment* dalam pengelolaan SDM.

Perumusan model tersebut menempatkan regulasi secara luas mengingat pentingnya regulasi dalam mendukung penerapan *task shifting* yang baik. Regulasi yang dikembangkan harus mencakup berbagai tingkatan mulai dari tingkat nasional, daerah, hingga regulasi lokal atau

regulasi dalam tempat pelaksanaan. Variabel – variabel kunci lainnya juga sesuai dengan pembahasan pada bagian sebelumnya bahwa pelatihan yang sistematis, terstruktur, dan berkesinambungan merupakan kunci dalam praktik pelaksanaan task shifting. Hal lain yang juga penting untuk diperhatikan adalah insentif, khususnya terkait *retainment* sumber daya manusia. Dalam hal ini insentif yang perlu disediakan tidak hanya insentif dalam hal finansial, tetapi juga dapat berupa kesempatan pengembangan atau jenjang karir yang jelas.

Model tersebut pada pelaksanaannya akan terus berkembang hingga menghasilkan metode *task shifting* sesuai dengan kebutuhan dan kondisi lokus pelayanan. Dalam konteks rumah sakit apung tentunya penerapan model tersebut juga akan dipengaruhi oleh perkembangan regulasi di Indonesia, penerimaan masyarakat dan pemerintah daerah setempat, ketersediaan dan kualitas kader kesehatan atau anggota masyarakat yang dapat diperbantukan, serta kesiapan internal dari pengelola rumah sakit apung.

4.3. Pembahasan Hasil Penelitian

4.3.1. Pembahasan Proposisi 1: Manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung saat ini memiliki karakteristik dan tantangan tersendiri.

Definisi *task shifting* menurut WHO adalah, “*Task shifting is the name now given to a process of delegation whereby tasks are moved,*

where appropriate, to less specialized health workers. “ Jadi, metode *task shifting* menurut WHO adalah proses terjadinya pendelegasian tugas di tempat yang sesuai kepada tenaga kesehatan yang lebih umum. Pendelegasian dalam hal ini dapat dilakukan pemberian wewenang kepada dokter yang telah mendapatkan pelatihan untuk melakukan kompetensi tertentu dari dokter spesialis, kepada perawat yang telah mendapat pelatihan dan berpengalaman untuk melakukan kompetensi tertentu dari dokter, kepada kader yang telah mendapat pelatihan dan berpengalaman untuk melakukan kompetensi tertentu dari perawat, bahkan kepada pasien atau orang awam yang telah mendapatkan pelatihan untuk melakukan kompetensi tertentu dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan definisinya, *task shifting* dapat dikategorikan menjadi 4 tingkatan:

1. *Task Shifting I* : pendelegasian tugas dan wewenang dari dokter atau dokter spesialis kepada tenaga kesehatan non-dokter (*non-physician clinicians*)
2. *Task Shifting II* : pendelegasian tugas dan wewenang dari tenaga kesehatan non-dokter kepada perawat
3. *Task Shifting III* : pendelegasian tugas dan wewenang dari perawat kepada asisten perawat atau tenaga kesehatan komunitas (*community health worker*)

4. *Task Shifting IV* : pendelegasian tugas dan wewenang dari asisten perawat atau tenaga kesehatan komunitas kepada orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

Berdasarkan kategori tersebut, maka alih tugas yang dilakukan di RSA 1 dan 2 merupakan kategori alih tugas III atau IV, yaitu pendelegasian tugas dan wewenang dari perawat kepada asisten perawat atau pendelegasian tugas dan wewenang dari asisten perawat atau tenaga kesehatan komunitas kepada orang awam yang telah diberikan pengarahan. Dalam hal ini alih tugas dilakukan dari apoteker / asisten apoteker kepada kader kesehatan atau masyarakat awam yang telah diberikan pengarahan.

Pada pelaksanaannya RSA 1 dan 2 memberdayakan masyarakat sekitar sesuai dengan latar belakang pendidikan atau pengalaman mereka dan ditempatkan pada posisi yang mereka bisa. Misalnya dokter dapat terlibat di balai pengobatan dan minor, perawat dan bidan dapat dilibatkan pada pemeriksaan tanda vital, kader lainnya dapat dilibatkan dalam pendaftaran, alur pasien, penerjemah, dan juga pemberian obat kepada pasien.

Pada pelayanan operasi bentuk task shifting I dapat dilihat pada kegiatan dokter anestesi yang dikerjakan oleh penata anestesi. Hal ini dapat dikategorikan sebagai alih tugas kategori I karena adanya pendelegasian tugas dan wewenang dari dokter kepada tenaga kesehatan non-dokter. Dalam konteks penata anestesi, pemerintah telah

menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Penata Anestesi.

Dalam peraturan tersebut, Penata Anestesi memiliki kewenangan dalam hal Asuhan Kepenataan yang lingkupnya dalam 3 kategori kecil, yaitu praanestesi, intraanestesi, dan pascaanestesi. Masing-masing lingkup dapat dijabarkan lagi sebagai berikut:

1. Pelayanan Asuhan kepenataan praanestesi yaitu melakukan pengkajian pra anestesia yang meliputi:
 - a. persiapan administrasi pasien;
 - b. pemeriksaan tanda-tanda vital;
 - c. pemeriksaan lain yang diperlukan sesuai kebutuhan pasien baik secara inspeksi, palpasi, maupun auskultasi;
 - d. pemeriksaan dan penilaian status fisik pasien;
 - e. analisis hasil pengkajian dan merumuskan masalah pasien;
 - f. evaluasi tindakan penatalaksanaan pelayanan pra anestesia, mengevaluasi secara mandiri maupun kolaboratif;
 - g. mendokumentasikan hasil anamnesis/ pengkajian;
 - h. persiapan mesin anestesia secara menyeluruh setiap kali akan digunakan dan memastikan bahwa mesin dan monitor dalam keadaan baik dan siap pakai;
 - i. pengontrolan persediaan obat-obatan dan cairan setiap hari untuk memastikan bahwa semua obat-obatan baik obat

anestesi maupun obat emergensi tersedia sesuai standar rumah sakit;

- j. memastikan tersedianya sarana prasarana anestesia berdasarkan jadwal, waktu, dan jenis operasi tersebut.

2. Pelayanan asuhan kepenataan intraanestesi sebagai berikut:

- a. pemantauan peralatan dan obat-obatan sesuai dengan perencanaan teknik anestesi;
- b. pemantauan keadaan umum pasien secara menyeluruh dengan baik dan benar;
- c. pendokumentasian semua tindakan yang dilakukan agar seluruh tindakan tercatat baik dan benar.

3. Pelayanan asuhan kepenataan intraanestesi sebagai berikut:

- a. pemantauan peralatan dan obat-obatan sesuai dengan perencanaan teknik anestesi;
- b. pemantauan keadaan umum pasien secara menyeluruh dengan baik dan benar;
- c. pendokumentasian semua tindakan yang dilakukan agar seluruh tindakan tercatat baik dan benar.

Pada peraturan tersebut, penata anestesi juga dapat berkolaborasi, mendapatkan pelimpahan wewenang ataupun mandat dari dokter spesialis anestesi sesuai dengan ketentuan pada pasal 12-20, yang salah satunya menyatakan bahwa penata anestesi dapat melakukan pelayanan di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang secara mandat dari

dokter spesialis anesthesiologi atau dokter lain; dan/atau berdasarkan penugasan pemerintah sesuai kebutuhan.

Pada pasal 13 juga diatur jenis tindakan atau pelayanan yang dapat dilakukan pelimpahan kewenangan di antaranya:

- a. pelaksanaan anestesia sesuai dengan instruksi dokter spesialis anesthesiologi;
- b. pemasangan alat monitoring non invasif;
- c. melakukan pemasangan alat monitoring invasif;
- d. pemberian obat anestesi;
- e. mengatasi penyulit yang timbul;
- f. pemeliharaan jalan napas;
- g. pemasangan alat ventilasi mekanik;
- h. pemasangan alat nebulisasi;
- i. pengakhiran tindakan anestesia; dan
- j. pendokumentasian pada rekam medik.

Pasal 14 mengatur lebih lanjut mengenai proses pelimpahan kewenangan dan batasan yang dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. pelayanan anestesi sesuai dengan kompetensi tambahan yang diperoleh melalui pelatihan.
- b. Pelatihan sebagaimana dimaksud harus terakreditasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Pelimpahan wewenang berdasarkan penugasan pemerintah hanya dapat dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan milik

Pemerintah dan/atau pemerintah daerah telah terdapat dokter spesialis anesthesiologi,

- d. Sedangkan wewenang untuk melakukan pelayanan berdasarkan penugasan pemerintah tidak berlaku dalam keadaan darurat untuk penyelamatan nyawa;
- e. Penata Anestesi dapat melakukan tindakan pelayanan anestesi di luar wewenangnya dalam rangka pertolongan pertama;
- f. Pertolongan pertama ditujukan untuk mengurangi rasa sakit dan menstabilkan kondisi pasien;
- g. Penata Anestesi wajib merujuk pasien kepada tenaga kesehatan yang berkompeten setelah pertolongan pertama selesai dilakukan.

Dalam konteks rumah sakit apung, saat ini RSA 1 telah mulai melibatkan dokter spesialis anestesi dalam pelayanannya, walaupun tidak dalam setiap kegiatan kebutuhan spesialis anestesi dapat terpenuhi. Pemenuhan kebutuhan spesialis anestesi pada kegiatan yang tidak dapat dihadiri oleh dokter spesialis anestesi adalah dengan melibatkan penata anestesi yang telah berpengalaman. Hal ini merupakan suatu bentuk pemanfaatan alih tugas (*task shifting*) dan secara teoritis telah memenuhi prinsip karena adanya pelatihan (dalam hal ini pengalaman praktik penata anestesi yang dilibatkan) dan pemantauan serta evaluasi di setiap kegiatan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh RSA 1 dan RSA 2 alih tugas dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan pelayanan dan memperhatikan faktor kehati-hatian.

Pada RSA 3 mungkin bukan alih tugas yang perlu dikembangkan, tetapi model untuk memberdayakan SDM yang terbatas dengan proposisi pasien dan keunikan tempat kerja yang berbeda dengan rumah sakit lainnya. Untuk menerapkan manajemen alih tugas di RSA 3, maka ada beberapa tahapan yang dapat dilakukan:

1. Perencanaan sumber daya manusia
2. Penyesuaian dengan regulasi yang ada
3. Pelatihan terkait proses atau kegiatan yang akan dilakukan alih tugas
4. Pemantauan dan evaluasi berkala

Perencanaan sumber daya manusia di RSA 3 perlu dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa hal di antaranya:

1. Jenis layanan yang akan dilakukan oleh RSA 3
2. Kebutuhan sumber daya manusia
3. Ketersediaan sumber daya manusia
4. Proses atau kegiatan yang dapat dialihkan terkait keterbatasan sumber daya manusia
5. Jenis pelatihan yang akan dilakukan
6. Pemantauan dan evaluasi berkala

Hal-hal tersebut akan dibahas tersendiri pada sub bab selanjutnya terkait pengembangan model manajemen alih tugas di rumah sakit apung.

Regulasi terkait manajemen alih tugas saat ini belum ditemukan aturan yang menyeluruh di Indonesia. Konstruksi hukum dalam penerapan alih tugas di Indonesia dalam bidang kesehatan dapat ditemui dalam beberapa profesi seperti dokter, perawat, dan penata anestesi. Pada peraturan perundangan yang terkait dengan profesi tersebut, diatur bahwa dalam kondisi kegawatdaruratan atau tidak ada orang yang lebih kompeten dari mereka dalam melakukan tindakan tersebut di waktu tertentu, maka dokter, perawat, dan penata anestesi dapat melakukan tindakan di luar kewenangannya untuk menyelamatkan nyawa seseorang. Peraturan yang terkait antara lain Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang – Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Penata Anestesi.

4.3.2. Pembahasan Proposisi 2: Berbagai kendala yang dijumpai terkait manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung dapat melibatkan faktor internal maupun eksternal.

Maldistribusi tenaga kesehatan di Indonesia secara umum masih merupakan permasalahan yang dijumpai dalam konteks manajemen SDM di DTPK. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kondisi geografis, infrastruktur, serta insentif di daerah tersebut. Kelangkaan sumber daya

untuk profesi yang jumlahnya masih jarang juga merupakan hal yang masih lazim dijumpai di berbagai negara.

Secara umum kesulitan SDM pada studi kasus yang dilakukan baik pada RSA 1 & 2 maupun RSA 3 terjadi karena pelayanannya yang bersifat temporer sehingga perlu pencarian SDM untuk setiap kegiatan yang dilaksanakan. Pelayanan yang bersifat temporer dapat menjadi hambatan karena tidak memberikan jaminan kehidupan bagi orang yang ingin melayani atau bekerja di rumah sakit apung, berbeda dengan pekerjaan tetap yang dilakukan di rumah sakit pada umumnya. Hal ini tentu perlu diperhatikan karena secara umum manusia cenderung untuk memilih pekerjaan yang tetap karena memberikan jaminan kepastian terhadap nafkah dan kehidupannya dalam jangka waktu yang cukup lama dibandingkan dengan pelayanan rumah sakit apung yang sifatnya temporer atau insidental. Namun, faktor ini juga dapat digali dan dimanfaatkan bagi orang – orang yang telah memiliki pekerjaan tetap, tetapi ingin melakukan pelayanan kesehatan di tempat yang baru karena mendapatkan pengalaman baru atau sifat altruisme atau sosial terkait dengan profesinya untuk melayani di daerah terpencil atau daerah dengan fasilitas yang terbatas.

Tantangan lainnya adalah pelayanan rumah sakit apung juga dilakukan di daerah dengan akses yang kurang baik. Hal ini tentu akan menjadi pertimbangan tertentu bagi SDM yang ingin terlibat dalam pelayanan yang dilakukan oleh rumah sakit apung. Akses yang terbatas

atau sulit akan menimbulkan berbagai hambatan khususnya yang terkait dengan keamanan fisik, kesulitan berkomunikasi, sarana dan prasarana yang tidak setara dengan kondisi di perkotaan.

Hal yang membedakan kendala umum pada RSA 3 dengan RSA 1 & 2 adalah rencana pelayanan RSA 3 yang akan dilakukan dalam jangka waktu yang lebih lama yaitu 6 – 12 bulan untuk tiap termin. Hal ini jauh lebih panjang dibandingkan dengan pelayanan RSA 1 & 2 yang umumnya dilakukan selama 7-10 hari. Dengan termin waktu yang lebih lama untuk pelayanan RSA 3 tentunya diperlukan komitmen yang besar dan pertimbangan yang jauh lebih matang bagi para calon sukarelawan untuk bekerja di RSA 3.

Salah satu hal yang juga menjadi permasalahan dan mungkin dapat dipertimbangkan sebagai daya tarik bagi SDM adalah insentif baik finansial atau non-finansial. Namun, kendala pada pelayanan rumah sakit apung yang bersifat sosial adalah kurangnya ketersediaan dana karena pada prinsipnya rumah sakit apung tidak membebani masyarakat dan operasionalnya sebagian besar sangat bergantung pada donasi. Keterbatasan secara finansial akan menyulitkan bagi organisasi untuk memberikan insentif atau imbalan finansial yang cukup besar dan tidak dapat disandingkan dengan RS lain yang memiliki finansial yang lebih stabil.

Pada kasus penelitian ini juga didapatkan kesulitan dalam mencari SDM spesifik pada profesi dokter bedah dan dokter spesialis anestesi.

Kedua profesi tersebut merupakan profesi yang jumlahnya juga belum tersedia banyak. Dapat juga terjadi waktu pelayanan yang bersamaan dengan pertemuan ilmiah tahunan bidang profesi tersebut. Hal ini tentu menjadi catatan yang perlu diperhatikan saat membuat jadwal pelayanan karena pertemuan ilmiah tahunan merupakan salah satu momen untuk bertemu dengan sejawat dan memperbarui ilmu serta seringkali diikuti dengan rapat organisasi profesi atau agenda penting lainnya.

Dalam konteks *task shifting* dokter bedah dapat digantikan oleh dokter umum khususnya dalam bedah minor. Di berbagai negara seperti Somalia bahkan tindakan bedah dilakukan oleh dokter dengan keterampilan tambahan dan perawat bedah. Hal ini tentu tidak dapat disamakan untuk semua negara karena Somalia melakukan hal tersebut dalam konteks perang sehingga jumlah kasus yang banyak dan SDM dengan kompetensi yang sesuai sangat terbatas.

Dalam pelayanan rumah sakit apung, dokter umum diperbantukan untuk mengerjakan operasi minor yang memang sesuai dengan kompetensi dokter umum dalam Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI). Bahkan dalam pelaksanaannya dokter spesialis bedah juga terlibat dan juga berfungsi untuk memberikan konsultasi maupun supervisi.

Untuk kelangkaan dokter anestesi, pelayanan rumah sakit apung melibatkan penata anestesi. Hal ini cukup lazim dijumpai di Indonesia karena jumlah dokter anestesi yang masih terbatas. Bahkan tidak semua

RS di Indonesia memiliki ketersediaan dokter anestesi. Namun, pendayagunaan penata anestesi untuk melakukan tindakan anestesi perlu memperhatikan batasan – batasan yang ada, khususnya Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Penata Anestesi.

Kendala dalam rekrutmen SDM untuk pelayanan farmasi di RSA 1 dan RSA 2 pada awalnya dijumpai karena belum ada jejaring yang cukup kuat di profesi ahli farmasi atau apoteker. Namun, seiring dengan berjalannya waktu kebutuhan sukarelawan untuk profesi tersebut sudah dapat terpenuhi.

Kendala dalam pelaksanaan alih tugas di rumah sakit apung dijumpai serupa dengan hasil penelitian sebelumnya yang telah dipaparkan, khususnya dalam hal aturan dan regulasi yang belum mendukung terwujudnya hal tersebut. Aturan dan regulasi yang terkait umumnya berhubungan dengan kompetensi tenaga kesehatan baik dokter, perawat, maupun tenaga kesehatan lain. Hal ini dapat disadari karena dunia kesehatan dan rumah sakit merupakan bidang yang kompleks karena terdiri dari berbagai profesi dengan standar masing-masing dan risiko yang juga dapat sangat tinggi karena berhubungan dengan nyawa manusia.

Pengetahuan dan keterampilan dari perguruan tinggi sesuai kompetensi yang ditetapkan secara nasional merupakan standar minimal yang harus dipenuhi. Namun, pada penerapannya di DTPK kendala dapat

terjadi dari segi kuantitas maupun kualitas. Dari segi kuantitas, jumlah tenaga kesehatan di DTPK belum dapat terpenuhi, sedangkan dari segi kualitas seringkali dijumpai tantangan dalam melaksanakan tugas. Permasalahan kuantitas terjadi karena kurangnya tenaga kesehatan di DTPK. Permasalahan kualitas dalam pemberian layanan kesehatan dapat terjadi karena kompetensi yang kurang, permasalahan yang unik, atau fasilitas yang tidak mendukung.

Dalam konteks pemenuhan kebutuhan SDM secara umum, maka perlu dilakukan promosi yang cukup baik, pembuatan pangkalan data, serta strategi *retainment* untuk SDM yang sesuai dengan kriteria. Berikut penjelasan terkait strategi yang dapat dikembangkan:

1. Promosi yang baik

Pengenalan terhadap rumah sakit apung dan pembentukan jejaring yang besar akan menambah kemungkinan orang untuk terlibat di dalam pelayanan rumah sakit apung. Strategi ini akan bermanfaat bagi banyak bidang, baik SDM, keuangan, logistik, maupun berbagai kebutuhan lainnya. Strategi promosi dapat memanfaatkan media sosial, jejaring yang sudah ada, maupun kelompok – kelompok relawan atau aktivis kemanusiaan yang dapat saling membantu. Promosi untuk memperkenalkan kegiatan dan kebutuhan rumah sakit apung juga akan membantu bagian keuangan untuk mendapatkan donasi baik secara finansial maupun

bantuan lainnya seperti alat – alat kesehatan atau kebutuhan lainnya. Kegiatan ini penting untuk dilakukan secara berkala baik untuk memenuhi kebutuhan SDM dalam pelayanan yang akan dikerjakan maupun untuk menambah jumlah jejaring yang potensial untuk berkolaborasi dengan rumah sakit apung.

2. Pembuatan pangkalan data

Perkembangan teknologi akan sangat memudahkan untuk pembuatan pangkalan data. Hal ini perlu dipertimbangkan dengan baik sebagai salah satu langkah penting yang dapat diwujudkan. Pangkalan data akan membantu rumah sakit apung untuk terus menjaga jejaring yang telah ada serta menambah jejaring secara berkesinambungan. Dengan adanya jejaring yang terdokumentasi dengan baik, setiap kegiatan dan kebutuhan rumah sakit apung juga dapat disosialisasikan dengan baik kepada setiap jejaring dalam pangkalan data tersebut.

3. Strategi *retainment* untuk SDM yang sesuai dengan kriteria

Permasalahan SDM tentu perlu diatasi salah satunya dengan strategi *retainment* yang tepat. Dalam konteks rumah sakit apung, *retainment* bukan hanya bertujuan untuk mempertahankan seseorang untuk terus terlibat aktif dalam

setiap acara, tetapi bagaimana orang tersebut dapat terlibat aktif sesuai dengan waktu yang dimiliki. Selain itu, bila dapat menumbuhkan rasa memiliki terhadap layanan rumah sakit apung, maka SDM tersebut juga dapat mengajak lebih banyak orang lagi untuk bergabung dengan pelayanan rumah sakit apung. Hal tersebut khususnya berlaku bagi RSA 1 & 2.

Strategi *retainment* SDM untuk RSA 3 akan memiliki fokus yang berbeda karena pada prinsipnya orang yang terlibat aktif dalam pelayanan RSA 3 merupakan karyawan penuh waktu, sehingga hak – hak sebagai karyawan dan insentif merupakan hal yang harus diperhatikan. Insentif secara finansial perlu disesuaikan dengan tingkat risiko di daerah yang dilayani, sementara kesempatan untuk pengembangan diri atau jenjang karir yang lebih tinggi mungkin dapat dipertimbangkan dan mungkin diperlukan kerjasama dengan lembaga lainnya.

Dengan menjalankan beberapa strategi tersebut, diharapkan permasalahan rumah sakit apung khususnya terkait dengan sumber daya manusia dapat teratasi secara bertahap dan dalam jangka panjang dapat membentuk jejaring yang kuat untuk memenuhi berbagai kebutuhan layanan rumah sakit apung. Tentunya strategi tersebut perlu diselaraskan dengan tujuan, kegiatan, serta kebutuhan rumah sakit apung secara

umum seperti keselarasan dengan visi, misi, dan nilai, kebutuhan finansial khususnya terkait biaya operasional.

4.3.3. Pembahasan Proposisi 3: Berbagai variabel perlu dipertimbangkan dalam manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung

Dalam penelitian ini beberapa variabel yang ditemukan sebagai kunci dalam pembuatan model task shifting untuk SDM di rumah sakit apung adalah:

1. Regulasi

Indonesia sebagai negara hukum tentunya harus dapat memberikan jaminan yang pasti dalam pelaksanaan model yang disusun, termasuk dalam pelayanan kesehatan. Regulasi yang diidentifikasi pada penelitian ini adalah perlunya payung hukum dari pemerintah dan juga regulasi internal di organisasi. Pengaturan secara tertulis akan menciptakan kepastian hukum bagi pelaksana usaha, dalam hal ini organisasi dan profesi yang terlibat dalam pelayanan. Selain itu, regulasi internal juga akan memperkuat tata kelola organisasi untuk mewujudkan pelayanan yang berkesinambungan dan kualitas pelayanan yang terstandar.

Dalam konteks regulasi juga perlu diperhatikan dengan jelas kompetensi dan kewenangan tiap – tiap profesi. Umumnya

kompetensi setiap profesi telah diatur dalam peraturan perundangan yang berlaku dan didapatkan dari institusi pendidikan yang telah meluluskan profesi tersebut. Kewenangan tentu erat kaitannya dengan kompetensi yang dimiliki oleh seseorang. Pelimpahan atau pemberian kewenangan tambahan pada seorang individu perlu disertai dengan peningkatan kompetensi orang tersebut.

2. Delegasi / Substitusi

Pada dasarnya delegasi / substitusi bertujuan untuk memberikan penugasan dan kewenangan pada orang lain untuk mengerjakan suatu pekerjaan tertentu. Dalam konteks penelitian ini delegasi dan substitusi yang dimaksud adalah *task shifting*. Kerangka *task shifting* pada umumnya telah dilakukan di Indonesia, tetapi tidak secara struktur dan sistematis. Di negara lain, berbagai bentuk *task shifting* juga kerap dijumpai khususnya dalam kondisi kekurangan sumber daya ahli di bidang tertentu.

Dengan adanya *task shifting*, maka diharapkan kebutuhan yang dapat terpenuhi dengan sumber daya yang ada tanpa mengorbankan kualitas layanan yang diberikan. Pelaksanaan ini yang belum banyak diatur baik secara tertulis maupun tidak tertulis.

Pada tahapan ini perlu didefinisikan dengan jelas identifikasi terkait jenis tugas yang akan dialihkan, pihak – pihak terkait khususnya organisasi profesi, serta batasan – batasan dalam pelaksanaan delegasi / substitusi..

3. Pelatihan

Pelatihan bertujuan untuk meningkatkan kompetensi seseorang. Diharapkan dengan adanya pelatihan yang baik, individu yang mendapatkan delegasi atau substitusi dapat melaksanakan peran dan tanggungjawabnya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Pelatihan merupakan variabel kunci yang mutlak diperlukan untuk menjamin kualitas layanan dan keselamatan pasien pada layanan kesehatan. Pelatihan dilakukan untuk meningkatkan kompetensi dan mempersiapkan individu untuk menghadapi medan pekerjaan yang tidak ideal sehingga memerlukan penyesuaian atau persiapan khusus.

Pelatihan disusun berdasarkan definisi praktik yang jelas pada tahapan sebelumnya (delegasi / substitusi). Untuk mencapai tujuan pelatihan diperlukan penyusunan kurikulum yang terstruktur. Dala penyusunan kurikulum, perlu ada penyesuaian dengan standar dan metologi dari organisasi profesi terkait,

maka keterlibatan, komunikasi, dan kolaborasi dari organisasi profesi menjadi hal yang esensial.

4. Supervisi

Tahapan supervisi penting untuk dilakukan sebelum individu dapat diberikan delegasi secara penuh atau substitusi dalam melaksanakan pelayanan kesehatan tertentu. Supervisi bertujuan untuk memastikan bahwa individu yang menerima pelatihan dan memiliki kompetensi serta kewenangan tambahan dapat menjalankan tugas dan perannya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan diberikan pelatihan.

Pada tahapan supervisi dapat dibuat secara berjenjang mulai dari keterlibatan individu penerima *task shifting* sebagai pengamat, mencoba mengerjakan dengan pengawasan, serta mengerjakan tugas dan perannya secara mandiri. Supervisi merupakan gerbang terakhir sebelum individu tersebut dapat melakukan perannya secara mandiri dan dianggap kompeten untuk memiliki kewenangan tambahan tertentu.

Idealnya supervisi dilakukan langsung secara berdampingan, tetapi pada beberapa kasus supervisi dapat juga dilakukan melalui jarak jauh dengan metode daring.

5. Evaluasi

Tahapan evaluasi memegang peranan penting untuk memastikan kegiatan berjalan dengan baik. Evaluasi bertujuan untuk memastikan rencana yang dibuat dapat dilaksanakan sesuai dengan standar layanan yang ditetapkan, aman bagi pasien, dan sesuai dengan kondisi setempat.

Hal – hal yang tidak sesuai dengan rencana dapat dilakukan penyempurnaan berdasarkan evaluasi yang dilakukan. Salah satu proses yang dapat terjadi dalam tahap evaluasi adalah munculnya ide baru untuk penyesuaian atau inovasi dalam memberikan layanan kesehatan sesuai dengan kondisi dan tantangan yang ada di daerah setempat.

Evaluasi secara berkala terkait program yang dilaksanakan akan menghasilkan perbaikan dan peningkatan mutu dari program tersebut. Evaluasi merupakan komponen yang penting untuk menjaga kesinambungan sebuah program, termasuk dalam konteks *task shifting*.

6. Penguatan

Tahapan penguatan merupakan kelanjutan dari hasil evaluasi yang dilakukan. Penguatan dapat berupa bantuan secara sarana dan prasarana, maupun bantuan lain seperti pelatihan untuk penyempurnaan pelayanan yang telah dilaksanakan.

Hasil evaluasi merupakan dasar dari saran dan perbaikan yang diterjemahkan dalam bentuk penguatan terhadap program yang dilaksanakan. Penguatan dalam pelaksanaannya dapat dilakukan dengan berbagai metode seperti pertemuan atau pelatihan langsung, diskusi, maupun pelatihan atau pendampingan yang dilakukan jarak jauh dengan metode daring.

7. Insentif

Sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan di beberapa negara termasuk di Indonesia, salah satu hal yang juga menjadi permasalahan yang perlu dipertimbangkan sebagai daya tarik bagi SDM adalah insentif baik finansial atau non-finansial. Variabel ini secara finansial seringkali kendala pada pelayanan rumah sakit apung yang bersifat sosial karena kurangnya ketersediaan dana sesuai dengan prinsip rumah sakit apung untuk tidak membebani masyarakat dan operasionalnya sebagian besar sangat bergantung pada donasi. Keterbatasan secara finansial akan menyulitkan bagi organisasi untuk memberikan insentif atau imbalan finansial yang cukup besar dan tidak dapat disandingkan dengan RS lain yang memiliki finansial yang lebih stabil. Namun, insentif non-finansial yang

cukup menonjol dalam pelayanan kesehatan rumah sakit apung adalah segi filantropis dalam meringankan penderitaan sesama.

Variabel – variabel tersebut selanjutnya akan dikembangkan sebagai sebuah model *task shifting* SDM di rumah sakit apung untuk menjamin keberlangsungan layanan kesehatan di DTPK.

4.3.4. Pembahasan Proposisi 4: Dibutuhkan model konseptual manajemen alih tugas SDM sebagai kader kesehatan di rumah sakit apung untuk menjamin kesinambungan layanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan di Indonesia.

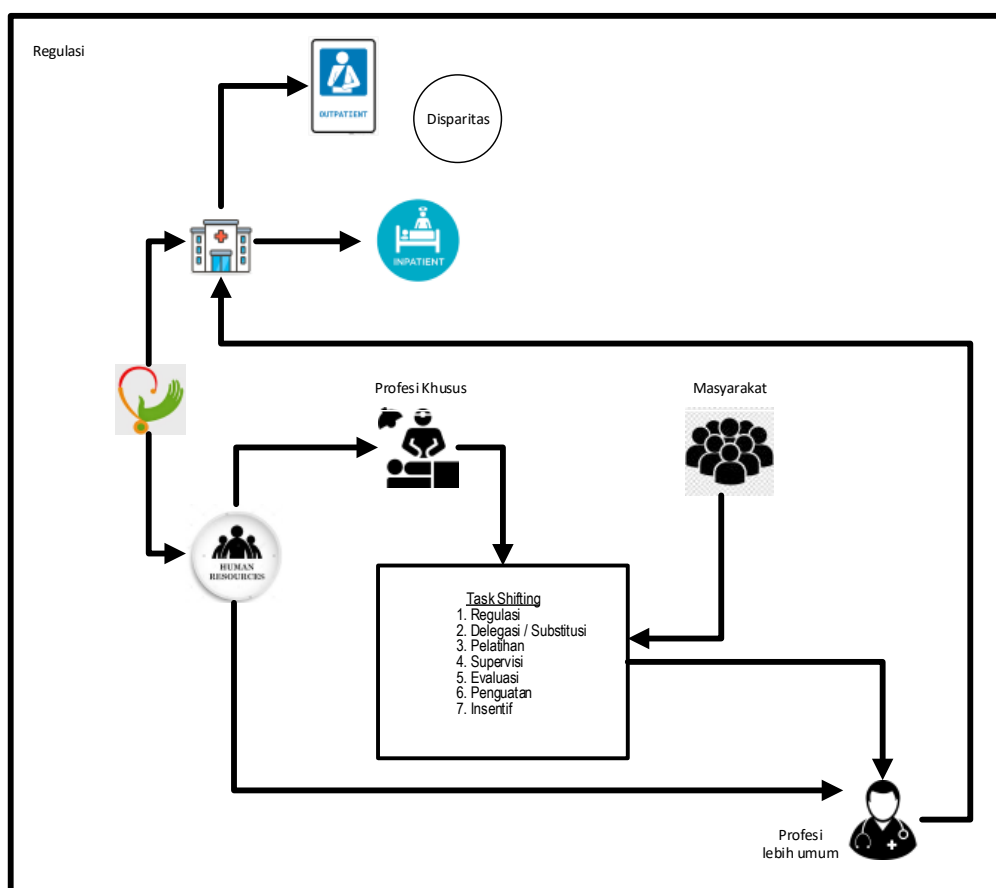
Perumusan model pada penelitian ini dilakukan secara umum karena kebutuhan rumah sakit apung baik untuk RSA 1 dan 2 maupun RSA 3 pada dasarnya memerlukan jaminan mutu SDM di tengah kondisi kekurangan sumber daya. Selain itu tantangan yang dihadapi oleh rumah sakit apung adalah kondisi lapangan yang tidak ideal seperti pada rumah sakit yang sifatnya tetap.

Tahapan pengembangan model yang dilakukan pada penelitian ini berdasarkan pada *Checkland's Soft System Methodology* langkah 1 hingga 4, yaitu:

1. Menentukan situasi permasalahan yang belum terstruktur.
2. Melakukan identifikasi alternatif terhadap suatu tema atau sudut pandang yang berbeda dari permasalahan yang ada.

3. Membuat formula akar terhadap setiap tema atau melihat dengan menggunakan CATWOE (*Customers, Actors, Transformation Process, Weltanschauung, Owners, Environmental constraints*).
4. Membuat model konseptual untuk setiap definisi akar.

Dalam menentukan situasi permasalahan yang belum terstruktur pada penelitian ini dibuat diagram kaya gambar (*rich picture diagram*).



Gambar 4.7. Rich Picture Diagram

Sumber: Hasil penelitian, 2018-2021

Dalam diagram tersebut dapat terlihat secara makro bahwa regulasi terkait *task shifting*, pelayanan kesehatan, dan SDM kesehatan

merupakan hal yang penting. Kondisi saat ini masih didapatkan beberapa kekurangan dalam konteks regulasi secara umum terkait ketiga hal tersebut. Belum ada pengaturan mengenai *task shifting* yang komprehensif karena melibatkan banyak pihak dan organisasi profesi yang berbeda. Selain itu, industri kesehatan yang terus berubah dengan cepat juga seringkali tidak diikuti dengan perkembangan regulasi yang proses birokratisnya memerlukan waktu yang lama.

Dalam menentukan sudut pandang rumah sakit apung dapat dilihat dari 2 hal besar yaitu pelayanan yang dilakukan yaitu layanan rawat jalan dan rawat inap, serta ketersediaan SDM yang bersifat khusus maupun yang lebih umum. Profesi khusus yang dimaksud dalam penelitian ini adalah profesi dokter spesialis bedah dan dokter spesialis anestesi. Dikategorikan khusus karena jumlahnya terbatas dan untuk mencapai kompetensi yang dimiliki memerlukan waktu pendidikan dalam jangka waktu yang lama (lebih dari 10 tahun). Yang dimaksud dengan profesi yang lebih umum adalah dokter dan perawat sebagai profesi yang menerima kewenangan tambahan dalam hal *task shifting*. Masyarakat sebagai penerima pelayanan juga dapat dilibatkan dalam *task shifting* untuk membantu layanan sesuai dengan kompetensi yang dapat dicapai dan kewenangan yang dapat dialihkan. Di dalam konteks *task shifting* itu sendiri setidaknya dapat diidentifikasi 7 variabel kunci, yaitu regulasi, delegasi/substitusi, pelatihan, supervisi, evaluasi, penguatan, dan insentif.

Untuk menentukan definisi akar dari sistem sebagai dasar dari pemodelan digunakan pendekatan CATWOE sebagai berikut:

- *Customers*

Orang yang berpengaruh atau dipengaruhi sistem.

Dalam penelitian ini secara makro pemerintah dan organisasi profesi selaku regulator berpengaruh dalam sistem layanan kesehatan di Indonesia.

Pengelola rumah sakit apung, SDM rumah sakit apung, dan masyarakat merupakan kelompok yang berpengaruh dan dipengaruhi oleh sistem. Pengelola rumah sakit apung dipengaruhi oleh sistem kesehatan, termasuk aturan-aturan yang berlaku secara nasional, sedangkan SDM rumah sakit apung selain dipengaruhi oleh aturan nasional juga dipengaruhi oleh aturan internal rumah sakit apung yang ditentukan oleh pengelola rumah sakit apung. Masyarakat merupakan kelompok yang dipengaruhi oleh kebijakan – kebijakan yang ada baik dari pemerintah maupun layanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit apung.

- *Actors*

Orang dan peran sistem dalam aktivitas.

Pengelola rumah sakit apung adalah pihak yang melakukan pengelolaan manajerial terhadap organisasi dan layanan rumah sakit apung

SDM rumah sakit apung adalah orang yang melakukan pelayanan kesehatan dan/atau kegiatan di rumah sakit apung.

Masyarakat adalah orang yang mendapatkan pelayanan atau terlibat dalam pelayanan di tempat rumah sakit apung beroperasi

Pada praktiknya layanan rumah sakit apung juga bergantung pada pemerintah daerah tempat diselenggarakannya layanan rumah sakit apung. Namun, pada penelitian ini pemerintah selaku regulator merupakan variabel yang tidak dapat dikendalikan atau dipengaruhi secara langsung oleh sistem yang dikembangkan.

- *Transformation Process*

Proses dan perubahan. Pada penelitian ini didapatkan gambaran bahwa metode *task shifting*, meskipun secara terminologi tidak populer dan regulasi yang mengatur belum spesifik, tetapi pada praktiknya telah dilakukan. Kebutuhan terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, adil, dan merata, disertai dengan hambatan-hambatan yang ada perlu diatasi dengan adanya suatu perubahan baik dalam hal paradigma maupun teknis pelaksanaan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat membangun sebuah model konseptual manajemen alih tugas (*task shifting*) sumber daya manusia sebagai kader kesehatan rumah sakit apung untuk

menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan di Indonesia.

- *Weltanschauung / World-view*

Dampak dari implementasi sistem. Model yang dikembangkan dalam penelitian ini bila dapat diterapkan dengan baik akan menjawab kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan yang berkualitas dan membantu pemerintah dalam menjalankan kewajibannya dalam pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat. Hal tersebut dapat diwujudkan karena model yang dikembangkan akan menghasilkan pengelolaan sumber daya manusia yang berdaya guna dalam kondisi kekurangan sumber daya di DTPK.

- *Owners*

Para pihak. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa pihak – pihak yang berkepentingan dan berpengaruh dalam penerapan model yang dikembangkan adalah pengelola rumah sakit apung, pemerintah, dan organisasi profesi. Ketiga pihak ini perlu berkolaborasi untuk mewujudkan model yang dikembangkan.

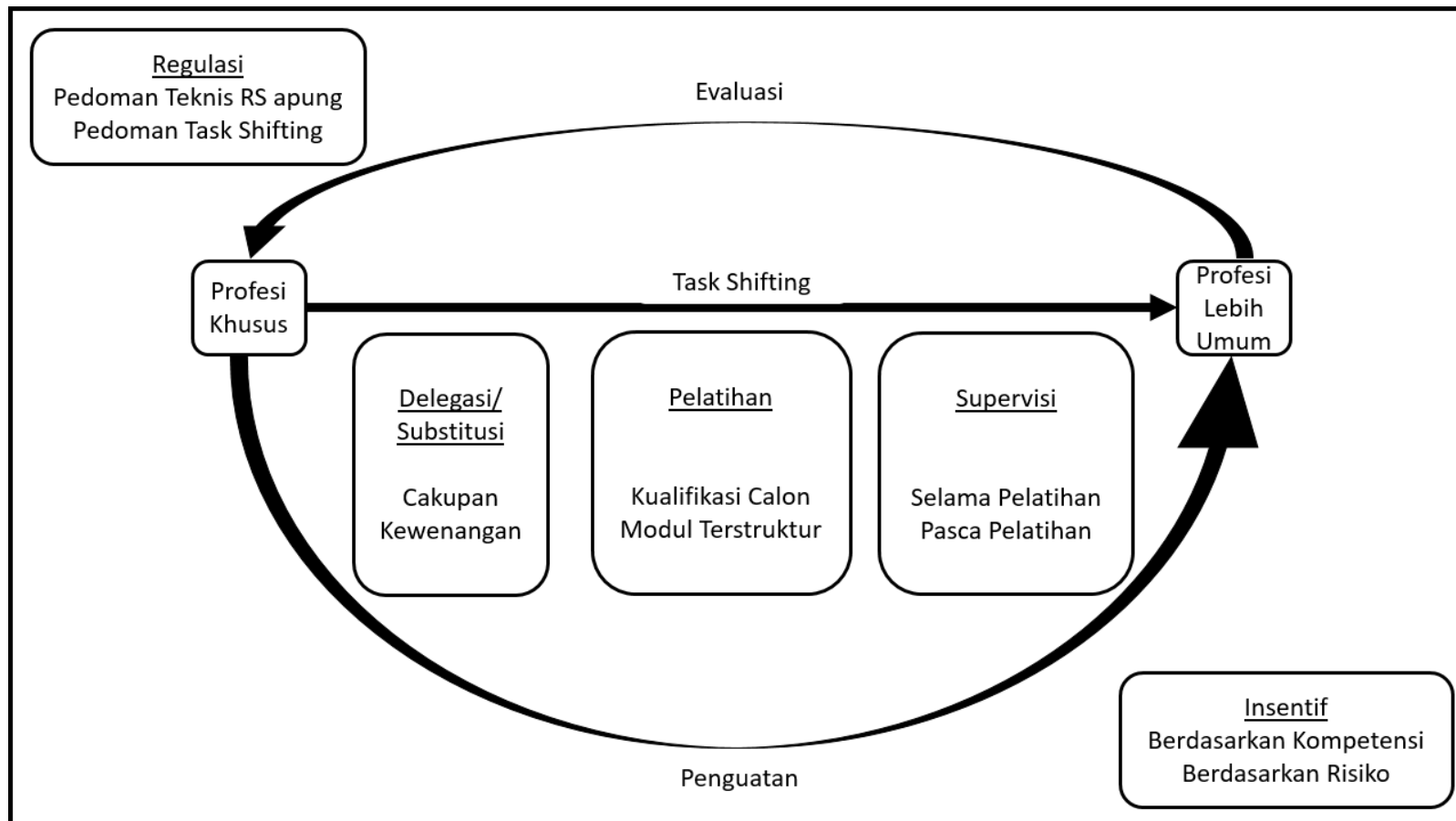
- *Environmental constraints*

Hambatan lingkungan. Payung hukum layanan rumah sakit apung belum dijumpai secara spesifik. Selain itu, regulasi terkait pelimpahan kewenangan khususnya dalam pelayanan kesehatan juga masih sangat terbatas. Sudut pandang pemerintah dan organisasi profesi seringkali perlu diselaraskan karena adanya

perbedaan kepentingan bahwa pemerintah perlu memenuhi kebutuhan masyarakat dengan sumber daya yang terbatas, sementara organisasi profesi memiliki kewajiban untuk menjaga mutu dan standar profesi terhadap layanan kesehatan yang terkait dengan profesi.

Dari penelusuran CATWOE tersebut, maka dapat dibuat sebuah definisi akar terkait sistem yang terlibat, yaitu sistem pelayanan kesehatan rumah sakit apung yang memiliki proses *task shifting* SDM dengan melakukan pelatihan dan supervisi, yang disertai dengan evaluasi serta penguatan dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan. Model konseptual dibuat berdasarkan definisi akar tersebut dan melibatkan 7 variabel kunci sebagai hasil penelitian. Model konseptual yang disusun juga memperhatikan model sebelumnya yang sudah pernah ada, yaitu skema dari WHO.

Model *task shifting* WHO menguraikan profesi yang terlibat dalam *task shifting* menjadi 5 jenis, yaitu dokter spesialis, tenaga kesehatan non dokter, perawat, asisten perawat, dan masyarakat. Berdasarkan tingkatan tersebut, maka didapatkan ada 4 proses *task shifting* dari tingkat I hingga IV. Proses *task shifting* yang dilakukan pada model WHO melibatkan adanya regulasi dan pelatihan sebagai proses kunci, yang di dalamnya terkandung variabel supervisi, delegasi, substitusi, penguatan, *mentoring*, dan inovasi. Namun, model WHO bersifat lebih umum dan tidak secara teknis mengatur keterlibatan setiap variabel dalam proses *task shifting*.



**Gambar 4.8. Model Konseptual Manajemen Alih Tugas (Task Shifting)
Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Apung**
Sumber: Hasil penelitian, 2018-2021

Model konseptual yang diajukan pada penelitian ini merupakan modifikasi model WHO yang dibuat secara kontekstual untuk lokus penelitian. Secara umum model ini merupakan sebuah sistem manajemen alih tugas SDM yang komprehensif mulai dari regulasi sebagai dasar hukum dan tata kelola organisasi, *task shifting* sebagai fokus utama dengan 5 variabel kunci di dalamnya (delegasi/substitusi, pelatihan, supervisi, evaluasi, dan penguatan), serta faktor insentif sebagai bagian dari fungsi *retainment* dalam pengelolaan SDM.

Model konseptual yang diajukan tidak membagi jenis profesi menjadi 5 jenis, tetapi hanya 2 profesi yaitu profesi yang bersifat lebih khusus ke profesi yang lebih umum. Hal ini sesuai dengan temuan hasil penelitian dan kesesuaian dengan kondisi lapangan. Model konseptual yang diajukan juga memberikan arahan yang terstruktur dan berurutan untuk keterlibatan tiap variabel dalam *task shifting*.

Regulasi dalam model ini dibagi menjadi 2 bagian besar, yaitu regulasi pemerintah secara makro dalam konteks pelayanan kesehatan dan regulasi tata kelola organisasi rumah sakit apung. Pada penyusunan regulasi pemerintah perlu diperhatikan sinkronisasi antara kebijakan payung, kebijakan organisasi profesi, hingga peraturan pelaksanaan di lapangan. Sedangkan regulasi tata kelola organisasi rumah sakit apung lebih difokuskan pada dokumentasi tertulis dari hal – hal yang selama ini telah dikerjakan.

Regulasi dari pemerintah perlu memperhatikan posisi rumah sakit apung dalam sistem kesehatan nasional. Secara umum kebijakan payung mulai dari Undang – Undang Dasar hingga Undang – Undang Kesehatan maupun Undang – Undang Rumah Sakit telah jelas mencantumkan bahwa layanan kesehatan merupakan hak setiap warga negara dan pemerintah wajib untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tersebut sebagai bentuk tanggungjawab negara kepada warganya. Secara umum pemerintah telah melakukan kewajiban dalam bentuk penyediaan layanan kesehatan hingga tingkat rumah sakit di setiap kabupaten, tetapi pada kenyataannya masih banyak dijumpai kendala terkait layanan kesehatan yang disampaikan kepada masyarakat khususnya di DTPK.

Regulasi yang perlu disesuaikan dengan pelaksanaan di lapangan adalah ketika adanya disparitas dalam layanan kesehatan khususnya di DTPK, dimana layanan kesehatan tidak dapat diakses oleh masyarakat setempat. Kendala akses tersebut dalam hal geografis, ketersediaan sarana dan prasarana, maupun kurangnya SDM yang berkualitas. Disparitas terkait kurangnya SDM baik dalam hal kuantitas maupun kualitas dapat diperkecil kesenjanganannya dengan manajemen alih tugas (*task shifting*). Konsep *task shifting* sendiri banyak dikembangkan di negara – negara dengan keterbatasan sumber daya di bidang kesehatan, tetapi tidak menutup kemungkinan juga bahwa konsep ini juga dikembangkan di negara maju.

Permasalahan regulasi yang kerap dijumpai adalah tidak adanya peraturan tertulis yang memberikan kepastian hukum dalam pelaksanaan *task shifting*. Saat ini regulasi yang dijumpai di Indonesia dan negara – negara lain umumnya terkait dengan kompetensi dan kewenangan yang berhubungan dengan profesi tertentu, termasuk dokter dan dokter spesialis. Aturan tersebut dibuat untuk melindungi marwah profesi dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya, tetapi di satu sisi aturan tersebut menghalangi adanya pelimpahan kewenangan di luar profesi tersebut. Tentunya permasalahan regulasi yang menyangkut pemerintah serta organisasi profesi perlu dilakukan advokasi dengan komunikasi yang baik. Secara prinsip *task shifting* tetap mengutamakan keselamatan pasien dengan adanya jaminan mutu terhadap layanan kesehatan yang diberikan dalam keadaan terbatas.

Model konseptual pada penelitian ini menyarankan setidaknya 2 regulasi yang perlu dikembangkan oleh pemerintah, yaitu pedoman teknis rumah sakit apung dan pedoman *task shifting*. Sesuai dengan apa yang telah diuraikan sebelumnya bahwa terdapat disharmonisasi antara regulasi rumah sakit secara umum, rumah sakit bergerak, dan teknis terkait rumah sakit bergerak termasuk rumah sakit apung di dalamnya. Oleh karena itu, penting untuk menyesuaikan aturan teknis terkait rumah sakit apung untuk memberikan kepastian hukum bagi pengelola dan pelaksana layanan kesehatan rumah sakit apung. Pedoman *task shifting* juga penting untuk dikembangkan untuk menjaga kualitas layanan medis

yang diberikan oleh pelaksana dan menghindari berbagai konflik yang mungkin timbul khususnya terkait dengan organisasi profesi.

Pembentukan regulasi tata kelola internal organisasi pengelola rumah sakit apung bertujuan untuk mendapatkan tata kelola yang baik. Selama ini apa yang telah dikerjakan telah berlangsung dengan baik secara turun temurun dari 1 tim panitia ke tim panitia berikutnya. Namun, dengan adanya kebijakan tertulis, maka apa yang selama ini sudah dikerjakan akan dapat terdokumentasi dengan baik dan mengurangi beberapa potensi konflik seperti adanya perbedaan persepsi terhadap jenis atau pelaksanaan kegiatan tertentu, spesifikasi sumber daya yang dibutuhkan, dan alur yang diperlukan dalam setiap kegiatan yang dilaksanakan.

Pembentukan tata kelola untuk pelayanan rumah sakit apung juga akan menggambarkan jenis layanan yang dikerjakan, kebutuhan SDM baik dalam hal jumlah dan kualifikasi, serta menjadi data dasar untuk evaluasi pelayanan. Selain itu, dengan adanya data tertulis yang lengkap, maka perencanaan pelayanan kesehatan termasuk manajemen alih tugas (*task shifting*) yang perlu dikembangkan juga dapat terdokumentasi dengan baik. Adanya jumlah kebutuhan dan kualifikasi SDM akan membantu perencanaan *task shifting* dalam konteks delegasi/substitusi, jenis dan lama pelatihan, metode supervisi, evaluasi, hingga penguatan dan insentif yang perlu diterapkan.

Proses delegasi / substitusi merupakan proses utama dari *task shifting* yang secara harafiah dapat diartikan sebagai pengalihan tugas dari profesi khusus (lebih spesialis) kepada profesi yang lebih umum. Proses pengalihan tugas harus disertai dengan pemenuhan kompetensi oleh individu yang menerima pengalihan, serta kewenangan yang dialihkan kepada individu tersebut. Pentingnya kompetensi dan kewenangan sangat terkait erat dengan keselamatan pasien. Artinya tugas yang dialihkan harus dapat dijalankan dengan baik dengan tetap menjamin keselamatan pasien dan juga individu yang melaksanakan tugas tersebut.

Dalam proses pengalihan tugas ini perlu diperhatikan seberapa jauh perbedaan kompetensi antara profesi khusus dengan profesi yang lebih umum. Misalnya dalam hal pengalihan tugas terkait pembedahan tentu akan lebih aman bila dilakukan pengalihan tugas dari dokter bedah kepada dokter umum karena pada dasarnya dokter umum telah memiliki kompetensi dan kewenangan dalam melakukan tindakan bedah tertentu. Untuk kegiatan terkait anestesi atau pembiusan tentu lebih aman bila pengalihan tugas dikerjakan dari dokter spesialis anestesi kepada penata anestesi yang sudah berpengalaman. Hal serupa juga dapat dilakukan untuk berbagai jenis tugas lainnya seperti farmasi, keperawatan, dan administrasi kesehatan.

Dalam rangka peningkatan kompetensi, tentunya perlu dilakukan pelatihan yang sesuai dengan tujuan kompetensi yang diharapkan. Pada

umumnya kompetensi didapatkan dari pendidikan formal yang terstruktur. Namun, pada layanan kesehatan seringkali kompetensi tersebut berkembang sesuai dengan pengalaman yang dimiliki terkait dengan ketersediaan fasilitas dan kondisi dimana layanan tersebut dilakukan. Proses pelatihan yang dapat dikembangkan dalam model *task shifting* tentu perlu memperhatikan beberapa aspek seperti tugas yang akan dialihkan, kompetensi yang sudah dimiliki, hingga kondisi tempat tugas yang akan ditempati. Pelatihan yang terstruktur dengan memperhatikan aspek – aspek yang telah diuraikan tentu diharapkan dapat memenuhi kompetensi yang diharapkan oleh pelaksana tugas.

Setelah diberikan pelatihan, maka idealnya penerima alih tugas sebelum melaksanakan tugas dan kompetensi yang baru dimilikinya melalui pelatihan mendapatkan supervisi dari orang yang telah kompeten dan memiliki pengalaman praktis dalam melaksanakan kegiatan tersebut. Supervisi sendiri dapat menjadi bagian dari rangkaian pelatihan mulai dari melibatkan penerima tugas sebagai pengamat, mencoba mengerjakan dengan pengawasan, serta mengerjakan tugas dan perannya secara mandiri. Supervisi juga dapat digunakan sebagai penilaian akhir sebelum penerima alih tugas tersebut dapat melakukan perannya secara mandiri dan dianggap kompeten untuk memiliki kewenangan tambahan tertentu.

Setelah alih tugas dilaksanakan sesuai dengan perencanaan, pelatihan, dan supervisi yang dilakukan, maka selanjutnya perlu dilakukan evaluasi berkala. Hal ini juga terkait dengan regulasi dan model yang

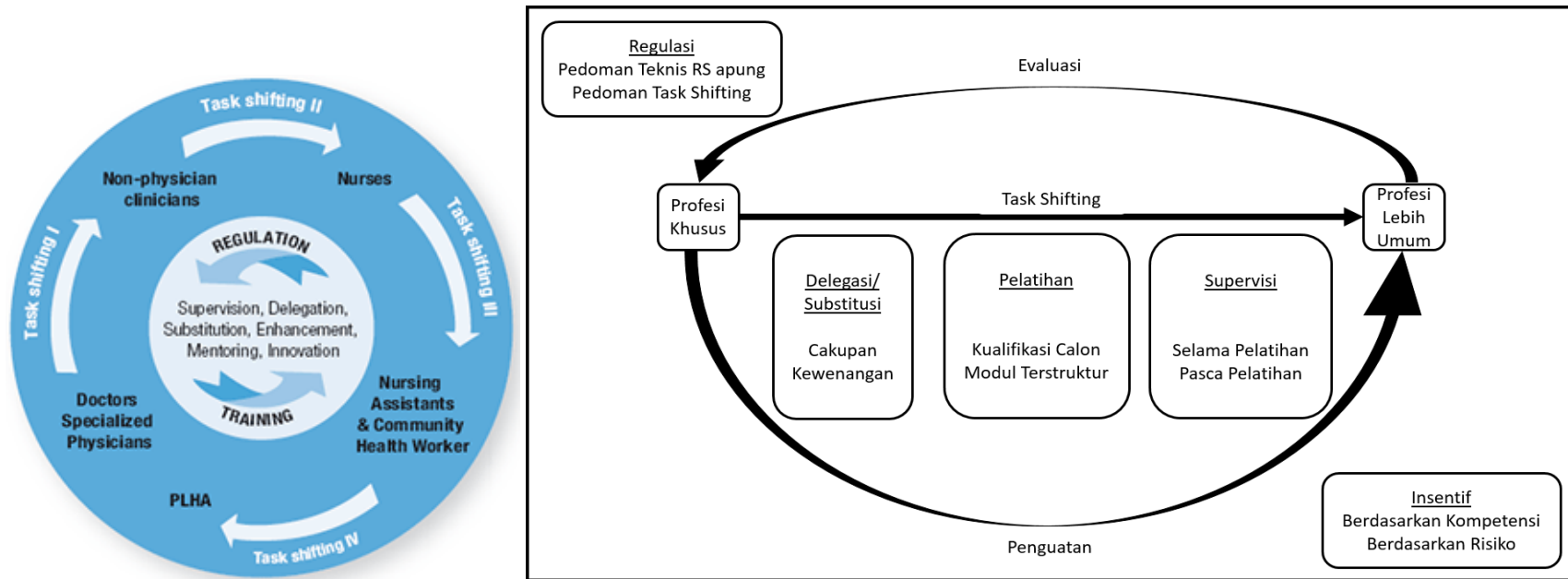
disusun karena evaluasi berkala merupakan tahapan yang penting dalam penyempurnaan model. Evaluasi juga diharapkan dapat meningkatkan dan menjaga mutu dari model dan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Indikator yang digunakan dalam evaluasi dapat berupa indikator kuantitatif seperti jumlah kejadian tidak diharapkan yang terjadi, komplikasi, maupun beberapa indikator kesehatan yang umum dan dapat dipantau secara universal, maupun penggunaan indikator kualitatif dari orang – orang yang terlibat dalam pelayanan kesehatan yang dilakukan.

Evaluasi juga dapat memberikan manfaat penyempurnaan model dan pelayanan kesehatan karena adanya penyesuaian dengan fasilitas yang ada dan kondisi setempat yang mungkin tidak muncul saat pelatihan dan supervisi dilakukan. Tidak menutup kemungkinan adanya inovasi yang muncul saat evaluasi dilakukan karena adanya keterbatasan dan/atau peluang dalam pelaksanaan tugas di kondisi yang tidak ideal bila dibandingkan dengan kondisi saat pelatihan.

Selanjutnya hasil evaluasi perlu ditinjau dan dilakukan penguatan model *task shifting* dari profesi khusus kepada profesi yang lebih umum sebagai pelaksana alih tugas di lapangan. Penguatan dapat berupa perubahan kebijakan atau panduan pelaksanaan, pelatihan tambahan, maupun bantuan sarana dan prasara untuk melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan dengan lebih baik.

Untuk mendukung pelaksanaan model *task shifting* agar dapat berkesinambungan, maka perlu juga diperhatikan faktor yang dapat mempertahankan SDM di DTPK, salah satunya adalah insentif. Perlu ada penyesuaian insentif setidaknya dalam 2 hal, yaitu terkait kompetensi dan kewenangan yang lebih besar dibandingkan SDM pada umumnya, serta risiko yang meningkat dengan adanya tanggungjawab tambahan bagi SDM yang telah dilatih dan diberikan penugasan.

Sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan di beberapa negara termasuk di Indonesia, salah satu hal yang juga menjadi permasalahan yang perlu dipertimbangkan sebagai daya tarik bagi SDM adalah insentif baik finansial atau non-finansial. Variabel ini secara finansial seringkali kendala pada pelayanan rumah sakit apung yang bersifat sosial karena kurangnya ketersediaan dana sesuai dengan prinsip rumah sakit apung untuk tidak membebani masyarakat dan operasionalnya sebagian besar sangat bergantung pada donasi. Keterbatasan secara finansial akan menyulitkan bagi organisasi untuk memberikan insentif atau imbalan finansial yang cukup besar dan tidak dapat disandingkan dengan RS lain yang memiliki finansial yang lebih stabil. Namun, insentif non-finansial yang cukup menonjol dalam pelayanan kesehatan rumah sakit apung adalah segi filantropis dalam meringankan penderitaan sesama.



Gambar 4.9. Perbandingan Model Task Shifting Rumah Sakit Apung dengan Model Task Shifting WHO
 Sumber: Hasil penelitian, 2018-2021

Secara umum model *task shifting* rumah sakit apung merupakan pengembangan dari model *task shifting* yang dipublikasikan oleh WHO. Beberapa hal yang membedakan kedua model tersebut adalah:

1. Subjek *task shifting*

Pada model WHO subjek *task shifting* diuraikan secara spesifik dan berjenjang mulai dari dokter, tenaga kesehatan non dokter, perawat, asisten perawat dan petugas kesehatan masyarakat, serta pasien HIV yang sudah berpengalaman. Hal ini sesuai dengan penelitian *task shifting* oleh WHO yang fokus pada penanganan HIV/AIDS.

Model pada penelitian ini menguraikan subjek *task shifting* sebagai profesi khusus dan profesi yang lebih umum. Artinya terdapat kategori yang lebih luas bagi subjek seperti dari dokter spesialis ke dokter umum, perawat ke asisten perawat, tenaga kesehatan ke masyarakat yang terlatih, dan berbagai profesi lainnya.

Subjek yang lebih luas cakupannya memberikan fleksibilitas yang lebih tinggi untuk penyesuaian dengan kondisi lapangan, meskipun di sisi lain hal tersebut memberikan tantangan yaitu perlunya pengembangan yang lebih spesifik untuk kondisi – kondisi yang berbeda.

2. Regulasi

Pada model WHO tidak dijelaskan secara rinci regulasi yang perlu dikembangkan, sedangkan pada penelitian ini regulasi yang perlu dikembangkan telah diidentifikasi sesuai dengan fokus penelitian. Hal ini disebabkan oleh perbedaan fokus penelitian antara WHO dengan kasus HIV/AIDS dan pemanfaatan *task shifting* di Indonesia melalui rumah sakit apung pada penelitian yang dilakukan.

Detail usulan regulasi yang perlu dikembangkan memberikan manfaat bagi regulator untuk dapat fokus dalam memberikan kepastian hukum melalui penyusunan regulasi yang sesuai dengan permasalahan di lapangan yang telah teridentifikasi dalam penelitian ini.

3. Proses task shifting

Secara umum proses *task shifting* yang ada pada model WHO dengan model yang dikembangkan pada penelitian ini mencakup variabel – variabel yang sama karena pada dasarnya konsep task shifting pada penelitian ini mengacu pada model *task shifting* yang sudah ada dan telah diterapkan di berbagai negara.

Perbedaan dari model yang dikembangkan adalah adanya fokus – fokus yang dipertajam pada setiap variabel dalam *task shifting* tersebut. Fokus – fokus ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pelaksana dalam menerapkan

model yang dikembangkan mengingat acuan atau publikasi yang selama ini ada belum disesuaikan dengan kondisi lapangan rumah sakit apung di Indonesia.

4. Insentif

Pada model WHO tidak disebutkan secara spesifik mengenai insentif sebagai salah satu variabel yang perlu dipertimbangkan. Model yang dikembangkan pada penelitian ini menambahkan variabel insentif berdasarkan banyaknya publikasi yang menyatakan bahwa faktor insentif merupakan salah satu faktor yang penting dalam pelaksanaan *task shifting*, khususnya terkait dengan kesinambungan pelayanan.

Sesuai dengan tahapan dari Peter Checkland, maka implementasi model konseptual yang diajukan akan melalui beberapa tahapan (langkah 5 sampai 7), yaitu membandingkan model konseptual dengan situasi masalah, menetapkan perubahan yang layak dan diinginkan, serta melakukan tindakan perbaikan atas masalah.

Langkah – langkah yang dilakukan untuk mencapai tahapan – tahapan tersebut adalah:

1. Diskusi dengan pihak Yayasan Dokter Peduli

Diskusi dengan pengelola dan pelaksana kegiatan operasional rumah sakit apung akan memberikan gambaran yang lebih konkrit untuk evaluasi dan perbaikan model yang diusulkan. Hal

ini merupakan bagian dari langkah 5 untuk menyelaraskan antar model yang disusun dengan dunia sesungguhnya.

2. Diskusi dengan tenaga ahli

Pendapat dan pengalaman dari tenaga ahli yang terkait dengan bidang – bidang tertentu dalam pelaksanaan model alih tugas dapat menjadi hal yang berharga untuk penyempurnaan model yang diajukan.

3. Penyempurnaan model

Dari hasil diskusi dan observasi terhadap dunia nyata, maka model yang disusun dapat disempurnakan untuk diuji coba kembali.

4. Mengulang tahap diskusi hingga tercipta siklus yang berkesinambungan

Tahapan diskusi dan penyempurnaan model konseptual dapat terus dilakukan sampai model yang ideal dapat tercapai.

Pada penelitian ini telah dilakukan proses validasi internal dengan melakukan wawancara terhadap narasumber yang mewakili bidang akademik, praktisi, dan regulator (profil terlampir pada bagian 4.1.4. Informan Kunci).

Menurut Prof. Dr. PM Budi Haryono, M.M., M.B.A, pada umumnya pengalihan tugas (*job transfer*) merupakan bagian dari pengembangan internal organisasi dengan tujuan:

1. Memenuhi posisi yang dibutuhkan (*Fullfilling job vacancy*)

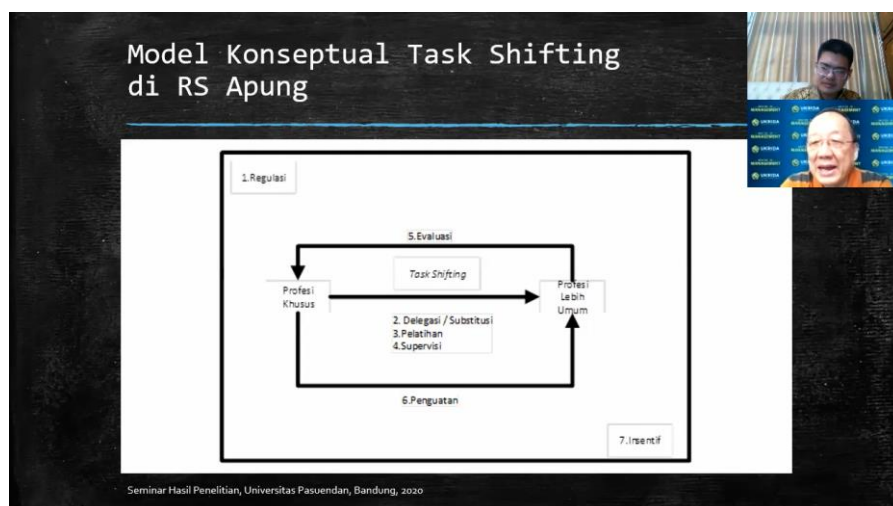
Misalnya mutasi dalam internal organisasi untuk memenuhi posisi yang kosong.

2. Perencanaan regenerasi (*Succession planning*)

Digunakan untuk mengisi posisi kedua (*second rank*) supaya terjadi regenerasi dalam organisasi.

3. Pengembangan karir (*Career development*)

Pengembangan karir dari orang yang bersangkutan.



Gambar 4.10.. Wawancara Narasumber Akademisi

Sumber: Dokumentasi penelitian, 2021

Pada konteks *task shifting* dalam penelitian ini proses manajemen

alih tugas yang dilakukan lebih ditujukan untuk memenuhi tenaga.

Menurut narasumber dari bidang akademik, secara umum kondisi sumber daya manusia di Indonesia tidak kekurangan tetapi menjadi suatu potensi.

Atas dasar tersebut, maka pengelola tidak perlu mencari sumber daya manusia dari tempat yang jauh. Orang yang terlatih dalam bidang kesehatan (misalnya yang dahulu disebut sebagai mantri) dapat dilakukan pemberdayaan (*empowering*) dalam bentuk *enlargement* (penambahan

tugas atau bobot pekerjaan yang baru) dan *enrichment* (menambah fungsi dan kompetensi dari sumber daya manusia yang terkait). Pemberdayaan baik dalam hal *enlargement* maupun *enrichment* perlu dilakukan dalam konteks yang relevan.

Untuk mencapai hal tersebut, maka tenaga yang dipilih perlu memiliki kemampuan dasar atau kompetensi pada tingkat tertentu untuk dilatih. Hal ini diharapkan dapat membantu tenaga tersebut untuk mampu dilatih dengan baik sesuai dengan rencana pengelola. Perlu dilakukan sertifikasi baik formal maupun informal untuk menyatakan bahwa tenaga yang dilatih dapat dipercaya untuk melakukan tugas tersebut. Dalam proses pelatihan tenaga tersebut tidak langsung diberikan kepercayaan penuh, tetapi perlu dilakukan uji coba terlebih dahulu.

Dalam dunia kesehatan pemberdayaan atau penambahan kompetensi serta tugas dan tanggungjawab seseorang perlu juga memperhatikan kewenangan atau otorisasi dari masing – masing profesi. Hal ini menjadi catatan yang penting karena bidang kesehatan memiliki kekehususan yang berbeda dengan bidang manajemen sumber daya manusia pada umumnya.

Pada pengembangan model dan teori mengenai pemberdayaan (*empowering*) baik *enlargement* maupun *enrichment* juga perlu memperhatikan pohon teori yang ada. Delegasi dalam konsepnya hanya pemberian tugas pada orang di bidangnya. Namun, konsep delegasi tersebut dapat dikembangkan secara luas sesuai dengan konteksnya.

Pemberdayaan sumber daya manusia dalam bidang kesehatan memiliki potensi yang besar untuk dikembangkan, khususnya dalam kondisi pandemi yang sedang terjadi. Misalnya dalam konteks pandemi Covid-19, maka dimungkinkan untuk memberdayakan dokter – dokter yang berpengalaman menangani Covid-19 untuk membantu daerah – daerah yang masih membutuhkan.

Dalam pemberdayaan sumber daya manusia di bidang kesehatan perlu diperhatikan juga latar belakang pendidikan untuk memastikan bahwa tenaga tersebut dapat mencapai *knowledge gap* yang diharapkan. Atas dasar tersebut, maka dalam hal pelatihan juga perlu diperhatikan bahwa tenaga yang dilatih harus hati – hati (*prudent*). Salah satu bentuk seleksi yang dapat dilakukan adalah dengan uji kompetensi dasar. Setelah itu proses pelatihan yang dilakukan juga harus memiliki sertifikasi yang baik dengan materi dan penunjang yang khusus. Perhitungan insentif juga perlu dilakukan sebagai lanjutan setelah pelatihan diselesaikan.

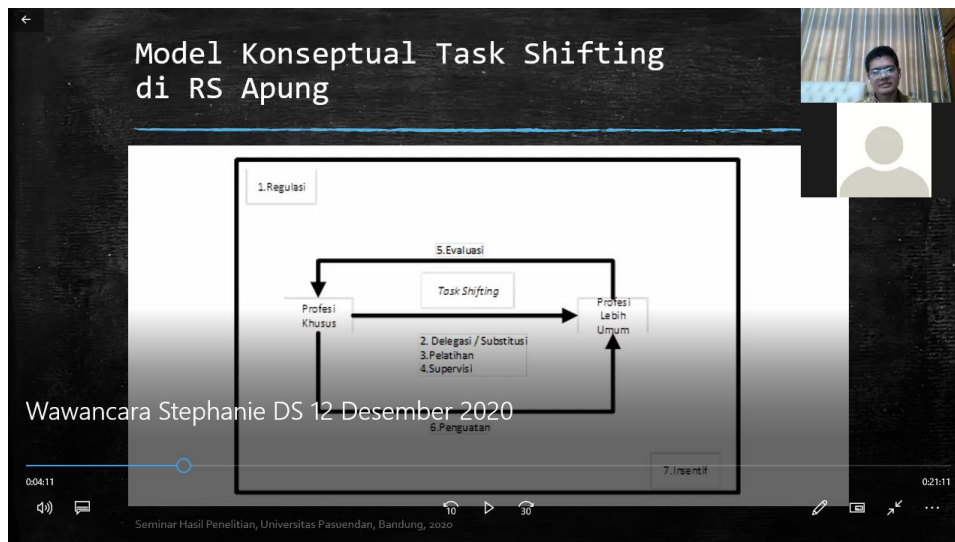
Untuk keperluan internal organisasi pelatihan terstruktur dapat dilakukan secara internal tanpa melalui lembaga sertifikasi tertentu. Pengembangan secara internal ini juga dapat dilakukan bertahap dan memiliki manfaat selain peningkatan kompetensi, seperti persiapan regenerasi berikutnya.

Menurut dr. Stephanie selaku praktisi dalam pelayanan kesehatan rumah sakit apung, saat ini regulasi terkait rumah sakit apung masih

mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Namun, dalam aturan tersebut juga tidak diuraikan dengan jelas terkait rumah sakit apung secara spesifik. Menurut narasumber, regulasi dasar hukum yang akan digunakan dalam pelayanan rumah sakit apung adalah izin operasional dari Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota tempat diselenggarakannya layanan kesehatan rumah sakit apung. Hal ini menggambarkan bahwa payung hukum secara luas belum tersedia untuk pelaksanaan layanan kesehatan di rumah sakit apung. Layanan kesehatan yang dilakukan masih sangat bergantung pada perizinan dari pemerintah daerah setempat yang disesuaikan dengan kebutuhan daerah dan dalam jangka waktu tertentu.

Pemberdayaan masyarakat lokal dilakukan untuk memenuhi kebutuhan layanan rumah sakit apung dengan rekrutmen tenaga kesehatan setempat untuk mengisi kekosongan posisi yang dibutuhkan. Namun, pada prinsipnya tenaga penuh waktu tetap disediakan oleh pengelola rumah sakit apung dengan kontrak selama 6 bulan. Tenaga kesehatan yang rencananya diberdayakan dari masyarakat lokal adalah perawat dan bidan. Mereka akan diberdayakan untuk mengisi jadwal jaga yang belum dapat dipenuhi oleh tenaga penuh waktu dari pengelola rumah sakit apung. Pemberdayaan masyarakat lokal untuk tenaga non medis juga dilakukan oleh pengelola rumah sakit apung. Namun, tenaga

non medis tidak dilibatkan dalam layanan kesehatan secara langsung. Mereka dilibatkan dalam hal kebersihan dan *laundry*.



Gambar 4.11. Wawancara Narasumber Praktisi
Sumber: Dokumentasi penelitian, 2021

Dalam pelaksanaan pemberdayaan masyarakat setempat maupun tenaga penuh waktu yang disediakan oleh pengelola rumah sakit apung, saat ini belum dilakukan pelatihan secara struktur dan sistematis. Namun, pelatihan yang dilakukan bersifat internal (*In house*) bila ada dokter spesialis yang sedang bertugas dalam waktu tertentu. Materi pelatihan disesuaikan dengan kebutuhan layanan kesehatan rumah sakit apung yang akan dikerjakan oleh tenaga kesehatan non spesialis.

Menurut dr. Benyamin Sihombing, MPH, dari pengalaman beliau di Kementerian Kesehatan, konstruksi *task shifting* sebenarnya telah dijalankan dalam beberapa program di Direktorat Pengendalian Penyakit Menular. Beberapa kegiatan yang melibatkan banyak kader kesehatan di antaranya untuk permasalahan Malaria, Tuberkulosis, Kusta, Neglected

Tropical Disease, dan Schistosomiasis. Misalnya pada program Malaria kader dilatih untuk mengerjakan pemeriksaan sediaan darah jari yang merupakan kompetensi tenaga kesehatan.



Gambar 4.12. Wawancara Narasumber Regulator
Sumber: Dokumentasi penelitian, 2021

Dalam pelaksanaan konstruksi *task shifting* tersebut tentunya membutuhkan proses yang panjang dan melibatkan banyak pihak baik dari kementerian kesehatan maupun organisasi profesi. Menurut pengalaman narasumber, proses yang terjadi selama ini didapatkan adanya perbedaan pandangan antara kementerian kesehatan dengan organisasi profesi. Kementerian Kesehatan sebagai regulator yang memiliki kewajiban untuk menyediakan layanan kesehatan yang merata dihadapkan pada permasalahan maldistribusi tenaga kesehatan, sedangkan organisasi profesi memiliki kewajiban untuk menjaga mutu profesi.

Sudut pandang pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan adalah pencapaian derajat kesehatan yang baik dengan sumber daya yang tersedia. Bila ada sumber daya yang tersedia di daerah – daerah yang kesulitan tenaga kesehatan, maka kader yang ada di daerah tersebut dapat dilatih dan diberdayakan untuk mencapai tujuan program kesehatan yang diharapkan, khususnya untuk menurunkan mortalitas di daerah tersebut.

Pada sisi yang lain, organisasi profesi memiliki kewajiban untuk melakukan kendali mutu terhadap asuhan atau layanan kesehatan yang dilakukan oleh profesi terkait. Untuk menjaga hal tersebut, maka organisasi profesi tidak dapat mengalihkan kompetensi atau kewenangan yang dimiliki oleh profesinya kepada profesi lain, terlebih kepada profesi yang bukan tenaga kesehatan. Bila kompetensi dan kewenangan akan dialihkan, maka organisasi profesi memiliki tanggung jawab moral untuk memastikan pelatihan yang dilakukan sesuai dengan standar profesi.

Hingga saat ini *task shifting* bukanlah pendekatan yang populer di Kementerian Kesehatan. Hal ini mungkin disebabkan oleh adanya perbedaan pandangan antara Kementerian Kesehatan dengan organisasi profesi. Kementerian Kesehatan secara rutin telah memiliki data dan melakukan pemetaan terhadap kondisi kesehatan termasuk sumber daya kesehatan yang ada di setiap daerah. Namun, konstruksi *task shifting* sendiri seringkali muncul dari pelaksana program bukan secara struktur atau direktorat.

Untuk mengatasi tantangan dan perbedaan pandangan dari organisasi profesi, narasumber menyarankan untuk senantiasa melibatkan organisasi profesi maupun *stakeholder* lain dalam rapat atau pertemuan yang lebih luas, misalnya pertemuan regional dengan negara – negara lain. Hal ini bertujuan untuk membukakan pemahaman dan pandangan yang lebih luas terhadap metode – metode yang digunakan di berbagai negara, termasuk terkait *task shifting* atau pemberdayaan sumber daya manusia di bidang kesehatan.

Untuk mendapatkan gambaran yang utuh dari validasi internal yang dilakukan, pada penelitian ini dilakukan komparasi temuan dari narasumber terkait variabel – variabel esensial yang membentuk model yang diajukan. Perspektif dari pengalaman narasumber ahli di bidang masing – masing yang berbeda memperkaya hasil penelitian yang telah ditelusuri oleh peneliti dan dirangkum dalam resume peneliti. Tabel berikut menjelaskan komparasi temuan dari narasumber.

Tabel 4.5. Perbandingan Informasi Narasumber Ahli Terhadap Variabel Esensial

Variabel	Narasumber Akademik	Narasumber Praktisi	Narasumber Regulator	Resume Peneliti
Regulasi	Pemberdayaan atau penambahan kompetensi serta tugas dan tanggungjawab seseorang perlu diperhatikan kewenangan atau otorisasi dari profesi yang bersangkutan.	Saat ini regulasi terkait rumah sakit apung masih mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Namun, dalam aturan tersebut juga tidak diuraikan dengan jelas terkait rumah sakit apung secara spesifik. Dasar hukum yang akan digunakan dalam pelayanan rumah sakit apung adalah izin operasional dari Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota tempat diselenggarakannya	Konstruksi task shifting telah dijalankan dalam beberapa program di Direktorat Pengendalian Penyakit Menular, khususnya kegiatan yang melibatkan banyak kader kesehatan. Kendala yang dihadapi adalah perbedaan sudut pandang antara Kementerian Kesehatan sebagai regulator yang memiliki kewajiban untuk menyediakan layanan kesehatan yang merata dihadapkan pada permasalahan maldistribusi tenaga kesehatan, sedangkan organisasi profesi memiliki kewajiban untuk menjaga mutu	Saat ini belum ditemukan regulasi yang menjadi payung hukum secara makro bagi pelaksanaan task shifting di Indonesia. Namun, pada praktiknya pelaksanaan task shifting telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam bentuk program – program yang melibatkan kader kesehatan dalam jumlah yang banyak. Hal ini didasarkan oleh latar belakang kesehatan sebagai hak masyarakat yang pemenuhannya harus dijamin oleh pemerintah.

		<p>layanan kesehatan rumah sakit apung. Layanan kesehatan yang dilakukan masih sangat bergantung pada perizinan dari pemerintah daerah setempat yang disesuaikan dengan kebutuhan daerah dan dalam jangka waktu tertentu.</p>	<p>profesi.</p>	<p>Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan rumah sakit apung mengacu pada regulasi payung undang - undang rumah sakit dan regulator setempat (Pemerintah Daerah). Tantangan pengembangan model task shifting dalam bidang kesehatan erat kaitannya dengan kewenangan dan otorisasi dari organisasi profesi yang pada prinsipnya bertanggungjawab untuk menjaga kendali mutu terhadap layanan yang dilakukan.</p>
--	--	---	-----------------	--

Delegasi / Substitusi	<p>Pada umumnya pengalihan tugas merupakan bagian dari pengembangan internal organisasi dengan tujuan untuk memenuhi posisi yang dibutuhkan, perencanaan regenerasi, dan pengembangan karir.</p> <p>Dalam bidang kesehatan dapat dilakukan pemberdayaan (empowering) dalam bentuk enlargement (penambahan tugas atau bobot pekerjaan yang baru) dan enrichment (menambah fungsi dan kompetensi dari sumber daya manusia yang terkait) dalam konteks yang relevan.</p>	<p>Pemberdayaan masyarakat lokal dilakukan untuk memenuhi kebutuhan layanan rumah sakit apung dengan rekrutmen tenaga kesehatan setempat untuk mengisi kekosongan posisi yang dibutuhkan.</p>	<p>Untuk melakukan kendali mutu terhadap asuhan atau layanan kesehatan yang dilakukan oleh profesi terkait, maka organisasi profesi cenderung tidak dapat mengalihkan kompetensi atau kewenangan yang dimiliki oleh profesinya kepada profesi lain, terlebih kepada profesi yang bukan tenaga kesehatan. Bila kompetensi dan kewenangan akan dialihkan, maka organisasi profesi memiliki tanggung jawab moral untuk memastikan pelatihan yang dilakukan sesuai dengan standar profesi.</p>	<p>Secara teori maupun praktik, pemberdayaan sumber daya manusia merupakan upaya yang efisien untuk mengisi kekosongan atau kebutuhan organisasi terhadap fungsi tertentu dalam organisasi tersebut. Pemberdayaan dapat berupa penambahan tugas/bobot pekerjaan yang baru dan juga fungsi serta kompetensi dari sumber daya manusia yang terkait. Dalam bidang kesehatan kompetensi dan kewenangan erat kaitannya dengan standar profesi yang ditetapkan dan dijaga mutunya oleh organisasi profesi.</p>
-----------------------	---	---	--	--

				Oleh karena itu, pada praktiknya delegasi di rumah sakit apung dilaksanakan dengan mempertimbangkan kesiapan sumber daya manusia yang dilibatkan.
Pelatihan	<p>Tenaga yang dipilih perlu memiliki kemampuan dasar atau kompetensi pada tingkat tertentu untuk dilatih.</p> <p>Perlu dilakukan sertifikasi baik formal maupun informal untuk menyatakan bahwa tenaga yang dilatih dapat dipercaya untuk melakukan tugas tersebut.</p>	<p>Tenaga kesehatan yang rencananya diberdayakan dari masyarakat lokal adalah perawat dan bidan.</p> <p>Pemberdayaan masyarakat lokal untuk tenaga non medis juga dilakukan oleh pengelola rumah sakit apung. Namun, tenaga non medis tidak dilibatkan dalam layanan kesehatan secara langsung.</p> <p>Saat ini belum dilakukan pelatihan secara struktur dan</p>	<p>Pelatihan yang dijalankan pada program yang melibatkan banyak kader umumnya pelatihan singkat untuk menambah kompetensi yang relatif sederhana dan mudah untuk dikuasai oleh kader kesehatan dengan pengetahuan dasar.</p>	<p>Pelatihan merupakan upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kompetensi seseorang dalam menjalankan peran atau fungsi tertentu yang diharapkan.</p> <p>Secara teori, untuk mencapai tingkat kompetensi yang diperlukan, maka perlu dilakukan seleksi pada kader yang akan dilatih, yaitu orang – orang yang telah memiliki kemampuan dasar yang cukup baik untuk dikembangkan sesuai</p>

		<p>sistematis. Pelatihan yang dilakukan bersifat internal dan bergantung pada jadwal dokter spesialis yang sedang bertugas pada waktu tertentu.</p>		<p>dengan bidang yang diharapkan. Kader tersebut akan dilatih secara terstruktur sehingga dapat mencapai kompetensi yang diharapkan. Kementerian Kesehatan telah melakukan pelatihan singkat pada program – program tertentu untuk meningkatkan kompetensi kader kesehatan dalam menjalankan program tersebut. Pada praktik pelayanan rumah sakit apung, belum dilakukan secara struktur dan sangat bergantung pada jadwal ketersediaan dokter spesialis yang bertugas secara sukarela pada rumah sakit apung.</p>
--	--	---	--	--

Supervisi	Tenaga yang telah dilatih tidak langsung diberikan kepercayaan penuh, tetapi perlu dilakukan uji coba terlebih dahulu.	Belum dilakukan mekanisme supervisi terhadap hasil pelatihan, tetapi pada pelayanan yang dilakukan oleh rumah sakit apung supervisi dilakukan bila ada tenaga baru yang bekerja dan perlu didampingi oleh tenaga yang lebih berpengalaman.	Umumnya pelatihan yang dilakukan hanya menilai peserta pelatihan saat kegiatan pelatihan berlangsung dan tidak melakukan supervisi langsung untuk pelaksanaan di lapangan.	Secara teori, tahapan supervisi merupakan tahapan yang penting untuk memastikan bahwa tenaga yang dilatih telah mampu untuk melaksanakan tugasnya dalam pengawasan untuk meminimalkan risiko terjadinya kesalahan. Namun, pada praktiknya baik pelatihan yang dilakukan oleh pemerintah maupun pengelola rumah sakit apung belum mencakup tahapan supervisi yang baik. Supervisi hanya dilakukan saat pelatihan berlangsung, tetapi tidak lagi dilakukan pendampingan pada pelaksanaan oleh tenaga yang dilatih.
-----------	--	--	--	--

Evaluasi	Pelatihan yang dilakukan secara terstruktur juga dapat menjadi metode evaluasi bagi karyawan untuk regenerasi internal. Selain itu evaluasi terhadap pelatihan terstruktur juga akan menyempurnakan metode pelatihan yang diterapkan.	Saat ini tidak ada evaluasi pelatihan secara terstruktur.	Evaluasi tidak dilakukan dengan terstruktur karena pada dasarnya kompetensi yang diberikan relatif sederhana dan tidak dibatasi oleh waktu tertentu.	Evaluasi yang dilakukan pada pelatihan yang terstruktur bermanfaat untuk menyempurnakan model pelatihan dan menjaga mutu lulusan. Namun, pada pelatihan yang sifatnya sederhana pada praktiknya evaluasi tidak lagi dilakukan bila kader dinilai telah memiliki kompetensi yang diharapkan. Evaluasi juga seringkali tidak dilakukan karena keterbatasan sumber daya.
Penguatan	Penyempurnaan metode pelatihan bertujuan untuk mendapatkan kompetensi yang diharapkan dari tenaga	Saat ini belum ada penguatan yang dilakukan terkait program pelatihan.	Saat ini belum ada penguatan yang dilakukan terkait program pelatihan.	Penyempurnaan metode pelatihan berdasarkan evaluasi yang dilakukan akan bermanfaat untuk pengembangan

	yang dilatih. Hal ini juga memperhatikan adanya perubahan kebutuhan dalam masyarakat.			kompetensi tenaga sesuai dengan perubahan kebutuhan yang juga dapat berkembang. Namun, hal ini tentu tidak dapat diwujudkan bila tahapan evaluasi tidak dilakukan pada model yang ada.
Insentif	Tenaga yang telah dilatih dan memiliki kompetensi serta tanggungjawab yang lebih tentunya perlu dihargai dengan layak. Faktor insentif merupakan hal penting yang perlu diperhatikan dalam pengembangan sumber daya manusia.	Saat ini pembiayaan mengikuti kebijakan rumah sakit apung.	Insentif sangat bergantung pada penentu kebijakan dan seringkali berubah bila terjadi perubahan penentu kebijakan.	Insentif merupakan hal yang penting untuk diperhatikan terkait pengembangan kompetensi seseorang. Namun, pada praktiknya penentuan insentif seringkali tidak jelas dan mungkin tidak memenuhi harapan dari tenaga yang dilatih dan ditugaskan.

Sumber: Hasil penelitian, 2018-2021

Berdasarkan komparasi pendapat narasumber ahli yang dilakukan oleh peneliti terhadap variabel – variabel esensial pada model yang dikembangkan, maka didapatkan beberapa temuan sebagai berikut:

1. Belum ada regulasi yang jelas mengatur penerapan task shifting di Indonesia.

Hal ini merupakan masalah yang perlu diatasi pengembangan model dalam penelitian yang dilakukan. Dalam model yang dikembangkan regulasi merupakan faktor esensial yang berpengaruh secara makro. Hal ini sejalan dengan negara Indonesia yang merupakan negara hukum. Kejelasan aturan sebagai dasar dalam melakukan suatu perbuatan merupakan hal yang penting dan mendasar. Namun, pada praktik yang dijumpai konstruksi hukum atau prinsip – prinsip *task shifting* yang dijalankan tidak bertentangan dengan kaidah hukum yang berlaku, tetapi ada batasan – batasan tertentu yang perlu dijumpai seperti standar profesi dan kepentingan dari organisasi profesi yang terkait dengan kewenangan medis tertentu.

2. Pendelegasian kewenangan dalam bidang kesehatan erat kaitannya dengan standar profesi yang dijaga mutunya oleh organisasi profesi.

Bidang kesehatan merupakan bidang yang erat kaitannya dengan nyawa seseorang. Tindakan – tindakan tertentu di bidang kesehatan memiliki risiko yang tinggi terkait kehidupan seseorang.

Pendidikan di bidang kesehatan, terutama pendidikan dokter dan dokter spesialis secara formal memerlukan waktu yang lama untuk mencapai dan memastikan kompetensi tertentu diperoleh dengan baik untuk menjalankan profesi tersebut. Dalam menjaga standar profesi dalam bidang kesehatan perlu dilakukan pengawasan dan pengaturan yang ketat, dalam hal ini kegiatan tersebut dilakukan oleh organisasi profesi. Kondisi tersebut tentu menjadi tantangan yang besar ketika ada sebagian atau kewenangan tertentu yang akan dialihkan kepada tenaga lain selain profesi yang bersangkutan. Diperlukan komunikasi dan pengaturan yang jelas untuk menjembatani antara kepentingan pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat dengan peran organisasi profesi dalam menjaga standar profesi yang menjadi tanggungjawabnya.

3. Pelatihan terstruktur merupakan proses yang penting dalam pengembangan kompetensi sumber daya manusia.

Tidak dapat dipungkiri bahwa pelatihan baik secara formal maupun informal merupakan proses yang penting untuk mengembangkan kompetensi sumber daya manusia. Dalam bidang ilmu manajemen, tentu pelatihan terstruktur telah terbukti dapat memberikan kompetensi yang baik dan dapat dipertanggungjawabkan. Dalam konteks *task shifting* dan model yang dikembangkan, pelatihan merupakan variabel kunci yang mendasari terlaksananya proses *task shifting* setelah tugas dan kewenangan yang akan

didelegasikan telah ditentukan. Pelatihan merupakan bagian utama dari *task shifting* karena dengan adanya pelatihan maka individu yang dilatih akan mendapatkan kompetensi tambahan yang diharapkan untuk melaksanakan pekerjaan/tugas yang didelegasikan. Dalam model yang dikembangkan secara ilmiah dalam penelitian ini tentu pelatihan yang dimaksud adalah pelatihan terstruktur yang diikuti dengan tahapan – tahapan berikutnya yaitu supervisi, evaluasi, dan penguatan model hingga siklus tersebut dapat diduplikasi untuk tugas/pekerjaan lain atau menjadi berkesinambungan bagi tugas/pekerjaan tertentu.

4. Tahapan supervisi merupakan tahapan penting yang selama ini pada praktiknya masih dilakukan secara terbatas.

Terbatasnya pelaksanaan supervisi pada praktik yang telah lazim dilakukan merupakan tantangan untuk adanya manajemen perubahan dalam penerapan model yang dikembangkan. Perlu ditekankan pentingnya tahapan supervisi yang dilakukan dalam pelaksanaan pekerjaan/tugas untuk memastikan bahwa individu yang dilatih telah mampu melaksanakan tugas pekerjaan tersebut dengan baik dan mengendalikan risiko yang mungkin timbul dalam pelaksanaan tugas tersebut. Tahapan supervisi yang dilakukan dalam pekerjaan juga dapat dilaksanakan bersamaan dengan tahapan evaluasi untuk menilai kesesuaian pelatihan dengan praktik yang dikerjakan.

5. Evaluasi merupakan hal yang esensial untuk menyempurnakan metode pelatihan, tetapi seringkali tidak dilakukan karena berbagai alasan.

Dalam bidang manajemen siklus Plan-Do-Study-Act (PDSA) diakui merupakan siklus yang penting untuk memastikan kesinambungan suatu proses agar berjalan dengan baik. Tahapan evaluasi dalam model yang dikembangkan pada penelitian ini merupakan bagian *Study* dari siklus PDSA. Tahapan ini penting untuk mengetahui keberhasilan pelatihan yang dilakukan dan menjadi tahapan kunci untuk melakukan perbaikan atau penguatan terhadap model yang dikembangkan. Dari evaluasi yang dilakukan dapat dijumpai kekurangan – kekurangan pada pelatihan yang dilakukan dan adanya kebutuhan praktik yang belum terpenuhi sehingga dapat dilakukan perbaikan baik untuk individu yang telah dilatih maupun untuk program pelatihan selanjutnya. Keterbatasan sumber daya yang seringkali menjadi kendala dalam proses evaluasi dapat diantisipasi dengan pengembangan model evaluasi yang sederhana dan dapat dilakukan secara berkala. Artinya proses evaluasi dapat dibuat dengan alat ukur yang dapat dimengerti oleh tenaga dengan kualifikasi dasar dan dapat dikembangkan sistem evaluasi berjenjang berdasarkan data yang diperoleh dari alat ukur tersebut.

6. Belum ada penguatan pada praktik pelatihan terstruktur yang selama ini dilakukan, meskipun penguatan ini dapat menjamin kesinambungan pemenuhan kompetensi yang dibutuhkan.

Proses penguatan atau penyempurnaan yang selama ini belum dijumpai pada praktik yang telah dilakukan merupakan sebuah kesempatan bagi model yang dikembangkan untuk memberikan hasil yang lebih baik dan berkesinambungan bila diterapkan bagi program – program yang sesuai. Proses penguatan merupakan bagian dari siklus PDSA yang akan terus menyempurnakan model yang dikembangkan. Diharapkan dengan adanya tahapan penguatan ini tujuan untuk pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dapat tercapai.

7. Insentif sebagai faktor yang penting terkait pengembangan dan penugasan sumber daya manusia yang kompeten masih belum mendapatkan perhatian yang cukup dari pemangku kebijakan.

Dalam model yang diajukan insentif merupakan faktor yang mempengaruhi secara makro bersama dengan regulasi. Namun, dalam tahapan yang dibuat, insentif merupakan urutan terakhir setelah *task shifting* dilakukan. Hal ini menunjukkan bahwa insentif berkaitan dengan penambahan kompetensi dan kewenangan dari tenaga yang dilatih. Pada praktik pelayanan rumah sakit apung, penentuan insentif mengikuti kebijakan yang sudah ada dari pengelola rumah sakit apung. Bila model *task shifting* hasil

penelitian ini diterapkan tentu diperlukan evaluasi dan penyesuaian terkait kebijakan tersebut. Faktor yang menentukan penentuan kebijakan terkait insentif umumnya berupa beban kerja, risiko, serta keterampilan atau kompetensi dan kewenangan yang dimiliki oleh individu yang bersangkutan.

Hasil penelitian berdasarkan kerangka ilmiah dan wawancara dari narasumber maupun ahli yang dilibatkan dalam validasi internal menunjukkan bahwa model yang dikembangkan sudah cukup baik untuk dapat diterapkan dalam dunia nyata. Diharapkan penerapan model yang dikembangkan dengan adanya prinsip PDSA di dalam model tersebut dapat menghasilkan model yang berkesinambungan dan memiliki kemampuan adaptasi terhadap tuntutan kondisi lapangan yang dibutuhkan.

Sesuai dengan kerangka pemikiran yang telah disusun dalam penelitian ini, maka model konseptual yang dikembangkan merupakan output yang dihasilkan. Selanjutnya, diharapkan model tersebut dapat memberikan outcome yang diharapkan, yaitu membantu pemangku kepentingan untuk mendapatkan pertimbangan dalam membuat keputusan yang berdampak pada kesinambungan pelayanan kesehatan, khususnya di DTPK.

Dengan adanya model konseptual yang dikembangkan, maka pemerintah selaku regulator dapat fokus dalam mengembangkan regulasi terkait rumah sakit apung dan *task shifting*, pengelola dan pelaksana

rumah sakit apung dapat mengembangkan proses *task shifting* yang akan diterapkan, dan pihak akademisi dapat mengembangkan berbagai penelitian terkait dengan task shifting di Indonesia. Kolaborasi tersebut tentunya diharapkan dapat menjawab permasalahan kesehatan di Indonesia, khususnya mengenai disparitas layanan kesehatan di DTPK yang salah satu penyebab terbesarnya adalah maldistribusi tenaga kesehatan di Indonesia.

Model konseptual pada penelitian ini dibuat dengan fleksibilitas yang dapat disesuaikan dengan kondisi lapangan rumah sakit apung, dan kemungkinan untuk pengembangan pada kondisi lainnya. Diharapkan fleksibilitas tersebut dapat memberikan peluang yang besar untuk menjaga kesinambungan model maupun pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya di DTPK.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

1. Saat ini sudah ada kerangka prinsip manajemen alih tugas SDM yang dilaksanakan terkait pelayanan kesehatan di rumah sakit apung, tetapi kerangka konsep tersebut belum dapat diimplementasikan secara sistematis.
2. Kendala dalam pelaksanaan alih tugas SDM di rumah sakit apung adalah kurangnya regulasi terkait pelaksanaan alih tugas SDM di bidang kesehatan serta belum adanya model manajemen alih tugas SDM di rumah sakit apung.
3. Terdapat 7 variabel yang perlu dipertimbangkan sebagai variabel kunci dalam pemodelan manajemen alih tugas (*task shifting*) SDM di rumah sakit apung, yaitu regulasi, delegasi/substitusi, pelatihan, supervisi, evaluasi, penguatan, dan insentif.
4. Model konseptual yang dikembangkan merupakan sebuah sistem manajemen alih tugas SDM yang komprehensif mulai dari regulasi sebagai dasar hukum dan tata kelola organisasi, *task shifting* sebagai fokus utama dengan 5 variabel kunci di dalamnya (delegasi/substitusi, pelatihan, supervisi, evaluasi, dan penguatan), serta faktor insentif sebagai bagian dari fungsi *retainment* dalam pengelolaan SDM.

5.2. Saran

1. Untuk menerapkan konsep yang sudah ada, tetapi belum sistematis, maka dapat dilakukan:
 - a. Pihak pengelola rumah sakit apung dan regulator perlu bersinergi dalam hal publikasi, advokasi, dan komunikasi terkait pemanfaatan model manajemen alih tugas SDM di bidang kesehatan, khususnya untuk pelayanan rumah sakit apung.
 - b. Pihak pengelola dan pelaksana di rumah sakit apung perlu membuat dokumentasi tertulis untuk pelaksanaan layanan kesehatan rumah sakit apung sebagai dasar tata kelola organisasi yang baik.
2. Regulator atau pemerintah perlu menyusun regulasi sebagai payung hukum terkait manajemen alih tugas SDM di rumah sakit apung untuk menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan di DTPK.
3. Pemangku kepentingan dari berbagai pihak (akademisi, praktisi, maupun pemerintah) dapat melakukan validasi dan uji coba penerapan model konseptual manajemen alih tugas SDM di rumah sakit apung untuk evaluasi dan penyempurnaan variabel – variabel yang ada.

4. Dari model konseptual yang ada dapat dikembangkan model lainnya dalam konteks manajemen alih tugas SDM di bidang kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

I. Buku

- Azmi FT (2019). *Strategic Human Resource Management Text and Cases*. Cambridge University Press.
- Beaufort Longest dan Kurt Darr (2014), *Managing Health Services Organization*, USA, Health Professions Press.
- Cascio WF et al (2014), *Applied Psychology in Human Resource Management*, 7th ed, Pearson.
- Checkland PB dan Scholes J (1990), *Soft Systems Methodology in Action*, Chichester, Wiley.
- Checkland PB dan Scholes J (2001), *Soft Systems Methodology in Action*, dalam Rosenhead J dan Mingers J (eds), *Rational Analysis for a Problematic World Revisited*, Chichester, Wiley.
- Daellenbach HG dan McNickle DC (2005), *Management Science Decision Making Through Systems Thinking*, Palgrave Macmillan.
- DeCenzo DA. dan Robbins SP (2015), *Fundamental of Human Resource Management*, 12th Edition, USA, John Wiley & Sons Inc.
- Dessler G (2020), *Human Resource Management*, 16th ed, Pearson.
- Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) (2019). *Task Shifting and Health Design*. European Union.
- Singh H (2018), *Essentials of Management for Healthcare Professionals*, CRC Press.
- Ivancevich et al (2018), *Organizational Behavior and Management*, 11th ed, McGraw-Hill Irwin.
- Jimly Asshiddiqie (2002), *Gagasan Negara Hukum Indonesia*, 1–17.
- Katharina Kober dan Wim Van Damme (2006), *Expert Patients and AIDS Care*, Antwerp, Institute of Tropical Medicine.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019), *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020), *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*.
- Kusumaatmadja M (2006), *Konsep-Konsep Hukum dalam Pembangunan*, Bandung, PT Alumni.

- Lussier RN, Hendon JR (2019). Human Resource Management Functions, Applications, and Skill Development. 3rd edition. SAGE Publication.
- Machado C, dan Davim JP (eds) (2018), Management and Industrial Engineering: Organizational Behaviour and Human Resource Management. A Guide to a Specialized MBA Course, Springer.
- Rafei UM (2007), Health Politics: Menjangkau yang Tak Terjangkau, Jakarta, Health & Hospital Indonesia.
- Robbins SP, Coulter M (2017), Management, 14th ed, Pearson
- Sabarguna HBS (2009), Buku Pegangan Mahasiswa Manajemen Rumah Sakit, Jilid Satu, Jakarta, Sagung Seto.
- Tao L, Liu J (2019), Healthcare Service Management A Data-Driven Systems Approach, Springer.
- World Health Organization (WHO) (2007). Task shifting to tackle health worker shortages. Geneva, WHO, June 2006, 1–12, [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(01\)00422-X](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(01)00422-X)
- World Health Organization (WHO) (2008), Task shifting: global recommendations and guidelines, Geneva, WHO Document Production Services.
- World Health Organization (WHO) (2010), Linkages between Health and Human rights. Bulletin of the World Health Organization.
- Yin RK (2009), Case Study Research: Design and Methods, USA, SAGE Publication Inc.
- Yin RK (2011), Qualitative Research from Start to Finish, USA, Gillford Press.

II. Jurnal dan Disertasi

- Ahmed JU et al (2015), Jibon Tari: A Floating Hospital to Serve Distressed Humanity, Business Perspectives and Research, 3(2), 146–160. <https://doi.org/10.1177/2278533715579757>
- Al-busaidi ZQ (2008), Qualitative Research and its Uses in Health Care, Sultan Qaboos University Medical Journal, Volume 8, Issue 1, P. 11-19, PMC3087733
- Archaya B et al (2017), Partnerships in mental healthcare service delivery in low-resource settings: developing an innovative network in rural Nepal, Global Health. 2017 Jan 13;13(1):2, doi: 10.1186/s12992-016-0226-0.
- Bes, B. (2017). Tim RS Terapung UNAIR Diterima Wapres Jusuf Kalla. Retrieved from <http://news.unair.ac.id/2017/05/03/tim-rs-terapung-unair-diterima-wapres-jusuf-kalla/>

- Bolme et al (2019). Task shifting of intraocular injections from physicians to nurses: a randomized single-masked noninferiority study, *Acta Ophthalmologica*. doi: 10.1111/aos.14184
- Brierley CK et al (2014), Healthcare Access and Health Beliefs of Indigenous Peoples in Remote Amazonian Peru, *Am J Trop Med Hyg*. 2014 Jan;90(1):180-3, doi: 10.4269/ajtmh.13-0547.
- Brocklesby J (1995), Using soft systems methodology to identify competence requirements in HRM, *International Journal of Manpower*, Vol. 16 Issue: 5/6, pp.70-84, <https://doi.org/10.1108/01437729510095962>
- Callaghan M et al (2010), A systematic review of task – shifting for HIV treatment and care in Africa, *Human Resources for Health*, 8:8, doi: 10.1186/1478-4491-8-8.
- Chu et al (2011). Providing surgical care in Somalia: A model of task shifting. *Conflict and Health* 2011 5:12
- Colvin CJ et al (2013), A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services, *Midwifery* 29 (2013) 1211–1221, doi: 10.1016/j.midw.2013.05.001.
- Dambisya YM, dan Matinhure S. (2012), Policy and programmatic implications of task shifting in Uganda: A case study, *BMC Health Services Research*, 12(1), 61, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-61>
- Derek Licina (2013), Hospital Ships Adrift? Part 1: A Systematic Literature Review Characterizing US Navy Hospital Ship Humanitarian and Disaster Response 2004-2012, *Prehosp Disaster Med*. 2013 Jun;28(3):230-8, doi: 10.1017/S1049023X13000149.
- Diehl G dan Major S (2015), White hull or white elephant? Soft power and the Chinese hospital ship, the Peace Ark, *Defense & Security Analysis*, 31:4, 276-292, doi: 10.1080/14751798.2015.1087101.
- Doctorshare. (2013). Sejarah Rumah Sakit Apung dr. Lie Dharmawan. Retrieved from <http://www.doctorshare.org/index.php/news/2013/06/14/73/sejarah-rumah-sakit-apung-dr-lie-dharmawan.html>
- Drain PK et al (2020), Point-of-care HIV viral load testing combined with task shifting to improve treatment outcomes (STREAM): findings from an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial, *The Lancet HIV*, Vol 7 (4), e229-e327. doi: 10.1016/S2352-3018(19)30402-3.

- Efendi F et al (2014), What Do Indonesian Nurses Want? Retaining Nurses in Rural and Remote Areas of Indonesia, *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 14 (2). pp. 32-42.
- Fadhil R et al (2017), Model Strategi Pengembangan Sumber Daya Manusia Agroindustri Kopi Gayo dalam Menghadapi Masyarakat Ekonomi ASEAN, *Jurnal Manajemen Teknologi*, 16(2), 2017,141-156
- Fulton et al (2011), Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence, *Human Resources for Health*, 9:1, doi: 10.1186/1478-4491-9-1.
- Gurendro Putro dan Iram Barida (2018), Analisis Implementasi Kebijakan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK), *Media Litbangkes*, Vol. 28 No. 1, Maret 2018, 15 – 24.
- Herman dan Mubasysyir Hasanbasri (2008), Evaluasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sangat Terpencil di Kabupaten Buton, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 11, No. 03, hal. 103-111.
- Idris, F. (2011). Task Delegation Versus Task Shifting in the Indonesia Health Service. *World Medical Journal*, 57, 62-64.
- Joshi R et al (2014), Task Shifting for Non-Communicable Disease Management in Low and Middle Income Countries – A Systematic Review, *PLoS One*. 2014 Aug 14;9(8):e103754, doi: 10.1371/journal.pone.0103754.
- Kirsti Malterud, Aase Aamland & Anette Fosse (2020) How can task shifting put patient safety at risk? A qualitative study of experiences among general practitioners in Norway, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38:1, 24-32, doi: 10.1080/02813432.2020.1714143
- Laura Janneck et al (2009), Human Resources in Humanitarian Health Working Group Report, *Prehosp Disaster Med*. 2009 Jul-Aug;24 Suppl 2:s184-93.
- Liu W et al (2016), Designing safe, green and sustainable vessels for Indonesian coastal transport and fishing operations. <http://strathprints.strath.ac.uk/59617/>
- Luti I et al (2012), Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Sistem Rujukan Kesehatan Daerah Kepulauan Di Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, Vol 1, No. 1, hal. 24-35

- Mahmuddin F et al (2019), Motions Analysis of a Phinisi Ship Hull with New Strip Method, *International Journal of Engineering and Science Applications*, Vol 2, No. 1, hal. 91-97
- Maier CB (2015), The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia, *Health Policy*.
- MER-C. (2017). Program Kapal Kemanusiaan Diluncurkan di Sorong. Retrieved from <http://www.mer-c.org/index.php/ld/component/k2/item/830-program-kapal-kemanusiaan-diluncurkan-di-sorong>
- Nawalah H et al (2012), Desa Siaga: Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Melalui Peran Bidan di Desa, *The Indonesian Journal of Public Health*, Vol. 8 - No. 3 / 2012-03, pp. 91-98.
- Negus T et al (2006), Determining Hospital Ship (T-AH) Staffing Requirements for Humanitarian Assistance Missions, *Mil Med*. 2010 Jan;175(1):1-6.
- Palmer A (2008), *Task Shifting in Malawi: The Role of Expert Patients*, Simon Fraser University.
- Pereira C (2010), *Task-shifting of major surgery to midlevel providers of health care in Mozambique and Tanzania*. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Pramujiwati D et al (2013), Pemberdayaan Keluarga dan Kader Kesehatan Jiwa dalam Penanganan Pasien Harga Diri Rendah Kronik dengan Pendekatan Model Precede L. Green di RW 06, 07, dan 10 Tanah Baru Bogor Utara, *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Vol. 1, No, 2, November 2013, hal. 170-177.
- Rina Anggorodi (2009), Dukun Bayi Dalam Persalinan Oleh Masyarakat Indonesia, *Makara, Kesehatan*, Vol. 13, No. 1, Juni 2009: 9-14
- Robertson FC et al. (2020). Task-shifting and task-sharing in neurosurgery: an international survey of current practices in low- and middle-income countries. *World neurosurgery*: X, 6, 100059.
- Rocha, T.I.U., Aschar, S.C.d.A.L., Hidalgo-Padilla, L. et al (2021). Recruitment, training and supervision of nurses and nurse assistants for a task-shifting depression intervention in two RCTs in Brazil and Peru. *Hum Resour Health* 19, 16. doi: 10.1186/s12960-021-00556-5
- Seidman and Atun (2017), Does task shifting yield cost savings and improve efficiency for health systems? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries, *Human Resources for Health*, 15:29

- Sugiarti et al (2012), Upaya Pemberdayaan Ibu Hamil untuk Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan Trimester Satu, *The Indonesian Journal of Public Health*, Vol. 9 - No. 1 / 2012-07, pp. 27-36.
- Sutrisnawati NND et al (2017), Motivation of Strategic Health Workers to Work in Remote, Border, and Outer Island Areas (RBOIA) of Indonesia, *KnE Life Sciences*. 4. 237. 10.18502/kls.v4i1.1385.
- Thomas S et al (2018), Pengaruh Lingkungan Kerja, Service Training dan Pemberdayaan SDM Terhadap Kepuasan Kerja Karyawan Pada PT. PLN (Persero) Cabang Manado, *Jurnal EMBA*, Vol.6, No.1, Januari 2018, Hal.321-330.
- Timboe HL dan Holt GR (2006), Project HOPE Volunteers and the Navy Hospital Ship Mercy, *Mil Med*. 2006 Oct;171(10 Suppl 1):34-6.
- Wilson NW et al (2009), A Critical Review of Interventions to Redress The Inequitable Distribution of Healthcare Professionals to Rural and Remote Areas, *Rural Remote Health*. 2009 Apr-Jun;9(2):1060.
- Yudo, Hartono, et al (2020), Standardisasi Keamanan Tongkang Alnair Berukuran 320x 90x 20 Feet Muatan Batubara pada Kondisi Perairan Tropical Fresh Water di Indonesia, *TRAKSI* 19.2: 63-75.

III. Peraturan-Peraturan

- Undang-Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 tahun 2009 tentang Hak Asasi Manusia
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 949/MENKES/PER/VIII/2007 Tentang Kriteria Sarana Pelayanan Kesehatan Terpencil Dan Sangat Terpencil
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 58/Menkes/SK/I/2009 tentang
Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Bergerak

Lampiran Riwayat Hidup



Data Pribadi

Nama : Fushen
Jenis Kelamin : Laki - laki
Tempat & Tgl Lahir : Jakarta, 23 September 1984
Kebangsaan : Indonesia
Status Perkawinan : Kawin
Alamat : Kayu Putih Tengah IE no.7, Jakarta 13210
Ayah : Ongko Warsito (†)
Ibu : Tan Touw Ming
Nama Istri : Lianda Tamara
Nama Anak : Leonard Pramudya Ongko
No Telepon : +62 8129577306
E-mail : dr.fushen@gmail.com

Pendidikan

Sekolah Dasar	:	Don Bosco II Jakarta	1996 - 1997
		Marsudirini I Jakarta	1992 - 1997
SMP	:	BPK Penabur IV Jakarta	1997 - 2000
SMU	:	BPK Penabur V Jakarta	2000 - 2003
Sarjana	:	Universitas Indonesia	2003 - 2009
Magister	:	Universitas Padjadjaran (Hukum)	2010 - 2012
		Universitas Pasundan (Manajemen)	2010 - 2012
Doktor	:	Universitas Pasundan	2016 - 2021

Pengalaman Kerja & Organisasi

Rumah Sakit Immanuel Mulia, Puncak Jaya, Papua	2010 - 2011
Balai Pengobatan Umum Sinergi, Jakarta	2011 - 2014
Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	2014 - 2016
Akademi Kesehatan Swakarsa	2018 - 2019
Ikatan Dokter Indonesia	2009 - sekarang
Dokter Praktik Pribadi	2010 - sekarang
Pro Life Indonesia	2010 - sekarang
Konsultan Manajemen dan Hukum Kesehatan	2012 - sekarang
Universitas Kristen Krida Wacana (UKRIDA)	2016 - sekarang
Rumah Sakit UKRIDA	2016 - sekarang

Bandung, Maret 2021

LAMPIRAN

Instrumen Wawancara Pimpinan Yayasan (W1.1)

Nama :

Jabatan :

Pertanyaan	Jawaban
Landasan hukum rumah sakit apung 1. Bagaimana landasan hukum rumah sakit apung di Indonesia? 2. Bagaimana Anda mengatasi permasalahan rumah sakit apung yang belum memiliki landasan hukum yang baik?	
Visi dan Misi rumah sakit apung 1. Apa tujuan didirikannya rumah sakit apung di Indonesia?	
Grand Strategi dan Strategi SDM rumah sakit apung 1. Bagaimana rumah sakit apung dapat memenuhi kebutuhan SDM? 2. Apakah rumah sakit apung memiliki perencanaan yang terstruktur dalam menjalankan pelayanannya?	
Pelaksanaan Strategi SDM rumah sakit apung 1. Bagaimana pelaksanaan rencana SDM yang telah disusun sejak awal? 2. Kendala apa yang dijumpai dalam pelaksanaan tersebut? 3. Bagaimana Anda mengatasinya?	

LAMPIRAN

Instrumen Wawancara Koordinator Pelaksana (W1.2)

Nama :

Jabatan :

Pertanyaan	Jawaban
Grand Strategi dan Strategi SDM rumah sakit apung 1. Bagaimana rumah sakit apung dapat memenuhi kebutuhan SDM? 2. Apakah rumah sakit apung memiliki perencanaan yang terstruktur dalam menjalankan pelayanannya?	
Kuantitas SDM 1. Bagaimana jumlah SDM yang ada saat ini? 2. Kendala apa saja yang dijumpai terkait kuantitas SDM di rumah sakit apung? 3. Bagaimana cara mengatasi permasalahan tersebut?	
Kualitas SDM 1. Bagaimana kualitas SDM yang ada saat ini? 2. Kendala apa saja yang dijumpai terkait kualitas SDM di rumah sakit apung? 3. Bagaimana cara mengatasi permasalahan tersebut?	
Kinerja rumah sakit apung 1. Dengan kuantitas dan kualitas SDM yang ada, apakah rumah sakit apung telah dapat melakukan pelayanan dengan optimal?	
Pelaksanaan Strategi SDM rumah sakit apung 1. Bagaimana pelaksanaan rencana SDM yang telah disusun sejak awal? 2. Kendala apa yang dijumpai dalam pelaksanaan tersebut? 3. Bagaimana Anda mengatasinya?	

<p>Pelaksanaan Alih Tugas di rumah sakit apung</p> <p>1. Adakah proses alih tugas yang dilakukan di rumah sakit apung?</p> <p>2. Kendala apa saja yang dijumpai?</p> <p>3. Bagaimana Anda mengatasinya?</p>	
<p>Kualitas SDM di Masyarakat</p> <p>1. Apakah kualitas SDM di masyarakat memungkinkan untuk diberdayakan sebagai kader kesehatan?</p>	
<p>Kemungkinan pemberdayaan masyarakat sebagai kader kesehatan</p> <p>1. Apakah mungkin pemberdayaan masyarakat sebagai kader kesehatan dapat dilakukan di rumah sakit apung?</p>	
<p>Proses seleksi kader kesehatan</p> <p>1. Proses apa yang dilakukan untuk seleksi masyarakat sebagai calon kader kesehatan rumah sakit apung?</p>	
<p>Proses pelatihan kader kesehatan</p> <p>1. Pelatihan apa saja yang diberikan kepada calon kader kesehatan rumah sakit apung?</p>	
<p>Proses supervisi kader kesehatan</p> <p>1. Bagaimana proses supervisi terhadap kader kesehatan dilakukan?</p>	
<p>Proses evaluasi kader kesehatan</p> <p>1. Hal apa saja yang menjadi evaluasi bagi kader kesehatan?</p>	

LAMPIRAN

Instrumen Wawancara Tokoh/Perwakilan Masyarakat (W2)

Nama :

Jabatan :

Pertanyaan	Jawaban
Kualitas SDM di Masyarakat 1. Apakah kualitas SDM di masyarakat memungkinkan untuk diberdayakan sebagai kader kesehatan?	
Kemungkinan pemberdayaan masyarakat sebagai kader kesehatan 1. Apakah mungkin pemberdayaan masyarakat sebagai kader kesehatan dapat dilakukan di rumah sakit apung?	
Proses seleksi kader kesehatan 1. Proses apa yang dilakukan untuk seleksi masyarakat sebagai calon kader kesehatan rumah sakit apung?	

LAMPIRAN

Instrumen Observasi (O)

Tanggal :

Lokasi :

Pokok Kajian	Hasil Observasi
Kinerja rumah sakit apung	
Pelaksanaan alih tugas di rumah sakit apung	
Kualitas SDM di masyarakat	
Kemungkinan pemberdayaan masyarakat sebagai kader kesehatan	
Proses seleksi kader kesehatan	
Proses pelatihan kader kesehatan	
Proses supervisi kader kesehatan	
Proses evaluasi kader kesehatan	

Tabel Lampiran.1. Jumlah SDM Kesehatan di DTPK Menurut Jenis Tenaga dan Provinsi Tahun 2016

No	Provinsi	Jumlah Kabupaten/Kota Daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar	Jumlah Tenaga Kesehatan																Tenaga Penunjang Kesehatan	Total SDM Kesehatan	
			Dokter Spesialis	Dokter Umum	Dokter Gigi Spesialis	Dokter Gigi	Tenaga Psikologi Klinis	Tenaga Keperawatan	Tenaga Kebidanan	Tenaga Kefarmasian	Tenaga Kesehatan Masyarakat	Tenaga Kesehatan Lingkungan	Tenaga Gizi	Tenaga Keterampilan Fisik	Tenaga Keahlian Medis	Tenaga Teknik Biomedika	Tenaga Kesehatan Tradisional	Tenaga Kesehatan lain			Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)
1	Aceh	3	64	181	2	37	5	1.006	1.232	136	193	105	89	24	127	135	0	92	3.428	659	4.087
2	Sumatera Utara	5	149	185	1	31	2	1.726	1.652	134	158	44	163	23	48	105	0	66	4.487	875	5.362
3	Sumatera Barat	3	22	101	0	34	0	842	963	89	77	43	44	5	83	53	0	0	2.356	561	2.917
4	Riau	6	304	551	4	127	3	2.954	2.642	384	164	102	140	53	211	275	0	17	7.931	2.846	10.777
5	Sumatera Selatan	2	7	81	0	10	0	780	778	62	55	36	32	5	27	39	0	0	1.912	441	2.353
6	Bengkulu	1	2	17	0	10	3	271	477	21	45	13	18	2	1	23	0	0	903	221	1.124
7	Lampung	2	4	55	0	10	0	91	133	8	29	9	10	0	2	6	0	163	520	65	585
8	Kepulauan Riau	5	349	323	13	73	6	2.261	944	256	91	74	74	38	130	248	0	9	4.889	2.340	7.229
9	Jawa Timur	4	112	218	9	98	7	2.770	2.203	197	53	80	154	10	79	158	0	1	6.149	2.240	8.389
10	Banten	2	84	137	2	34	2	1.311	2.071	101	285	79	88	8	432	35	0	21	4.690	973	5.663
11	Nusa Tenggara Barat	8	159	451	10	113	7	3.942	2.552	333	231	377	424	34	299	369	0	0	9.301	3.283	12.584
12	Nusa Tenggara Timur	19	320	543	1	145	8	5.405	3.155	622	662	546	477	81	484	607	3	803	13.862	4.721	18.583
13	Kalimantan Barat	9	140	333	7	59	3	2.951	1.654	261	240	203	233	31	288	278	0	1.397	8.078	2.129	10.207
14	Kalimantan Tengah	1	6	27	0	3	0	242	143	17	8	8	17	2	13	21	0	0	507	111	618
15	Kalimantan Selatan	1	10	27	0	7	0	223	254	41	21	29	31	2	24	19	0	0	688	168	856
16	Kalimantan Timur	2	15	64	0	25	0	603	209	49	17	32	34	4	12	34	0	0	1.098	571	1.669
17	Kalimantan Utara	2	28	64	2	17	2	405	144	43	54	24	29	7	13	40	0	66	938	390	1.328
18	Sulawesi Utara	2	32	102	0	4	0	433	84	51	54	50	63	3	16	12	0	173	1.077	230	1.307
19	Sulawesi Tengah	9	125	163	0	46	5	1.710	1.265	244	519	140	78	20	106	137	0	598	5.156	1.343	6.499
20	Sulawesi Selatan	1	10	40	0	24	0	220	169	38	57	33	35	2	27	22	0	0	677	138	815
21	Sulawesi Tenggara	3	19	63	0	31	0	655	330	86	101	80	113	7	45	44	0	1	1.575	529	2.104
22	Gorontalo	3	22	87	1	12	0	639	462	81	161	61	119	2	17	41	0	0	1.705	487	2.192
23	Sulawesi Barat	2	25	50	2	28	0	572	499	46	101	37	38	3	23	41	0	1	1.466	249	1.715
24	Mahuku	8	33	115	0	16	4	2.401	875	137	206	236	257	13	32	70	0	0	4.395	777	5.172
25	Mahuku Utara	6	20	105	2	13	1	1.100	950	139	276	60	136	14	21	85	0	0	2.922	612	3.534
26	Papua Barat	7	23	45	0	3	0	564	175	43	47	33	51	1	20	33	0	268	1.306	290	1.596
27	Papua	27	249	648	9	75	7	4.926	1.428	454	530	299	499	46	101	528	425	789	11.013	3.493	14.506
Indonesia		143	2.333	4.776	65	1.085	65	41.003	27.443	4.073	4.435	2.833	3.446	440	2.681	3.458	428	4.465	103.029	30.742	133.771

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016 (publikasi resmi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia)

Tabel Lampiran.2. Jumlah SDM Kesehatan di DTPK Menurut Jenis Tenaga dan Provinsi Tahun 2018

Lampiran 3.8

JUMLAH SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN DI DAERAH TERTINGGAL, TERDEPAN, DAN TERLUAR*
MENURUT JENIS TENAGA DAN PROVINSI TAHUN 2018

No	Provinsi	Jumlah Kabupaten/Kota Daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar	Jumlah Tenaga Kesehatan															Tenaga Penunjang Kesehatan	Total SDM Kesehatan	
			Dokter Spesialis	Dokter	Dokter Gigi Spesialis	Dokter Gigi	Tenaga Psikologi Klinis	Tenaga Keperawatan	Tenaga Kebidanan	Tenaga Kefarmasian	Tenaga Kesehatan Masyarakat	Tenaga Kesehatan Lingkungan	Tenaga Gizi	Tenaga Keterampilan Fisik	Tenaga Keteknisian Medis	Tenaga Teknik Biomedika	Tenaga Kesehatan Tradisional			Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)
1	Aceh	3	56	166	4	38	1	1.010	1.291	149	259	107	100	29	137	120	0	3.467	631	4.098
2	Sumatera Utara	5	118	207	1	41	2	2.029	1.958	151	189	47	113	22	58	127	0	5.063	700	5.763
3	Sumatera Barat	3	43	100	0	34	0	791	916	179	80	46	69	10	123	116	0	2.507	908	3.415
4	Riau	6	317	710	3	171	1	3.501	3.324	534	307	119	168	74	237	379	0	9.845	3.349	13.194
5	Sumatera Selatan	2	20	84	0	13	2	1.027	930	92	53	33	63	14	62	70	0	2.463	690	3.153
6	Bengkulu	1	2	20	0	9	1	291	477	38	55	16	33	2	1	36	0	981	209	1.190
7	Lampung	2	12	51	2	4	0	577	1.019	44	69	28	50	1	25	35	0	1.917	246	2.163
8	Kepulauan Riau	5	337	391	23	102	2	2.810	1.380	382	163	113	159	45	186	307	0	6.400	2.672	9.072
9	Jawa Timur	4	147	456	10	158	3	3.363	2.953	265	139	79	174	13	122	256	0	8.138	2.968	11.106
10	Banten	2	69	155	4	42	0	1.483	1.569	120	112	42	43	1	19	45	0	3.704	899	4.603
11	Nusa Tenggara Barat	8	227	613	12	132	8	5.969	3.815	582	392	412	525	52	414	680	1	13.834	4.582	18.416
12	Nusa Tenggara Timur	19	366	628	2	160	5	6.895	4.936	825	687	658	721	82	618	769	3	17.355	5.085	22.440
13	Kalimantan Barat	9	179	386	7	72	3	4.693	2.954	430	291	280	353	37	324	412	0	10.421	3.030	13.451
14	Kalimantan Tengah	1	15	24	1	4	1	376	235	30	19	10	29	4	17	47	0	812	318	1.130
15	Kalimantan Selatan	1	16	26	0	13	0	330	279	40	20	32	72	2	24	48	0	902	397	1.299
16	Kalimantan Timur	2	24	98	0	26	0	773	381	102	56	43	47	7	16	74	0	1.647	772	2.419
17	Kalimantan Utara	2	26	63	2	23	1	834	565	119	115	41	48	10	31	81	0	1.959	713	2.672
18	Sulawesi Utara	2	21	60	1	6	1	886	227	66	58	88	63	6	34	34	0	1.551	376	1.927
19	Sulawesi Tengah	9	116	251	2	83	10	3.892	2.967	541	771	270	216	32	128	233	1	9.513	2.693	12.206
20	Sulawesi Selatan	1	13	34	0	22	0	237	181	43	58	32	36	2	25	27	0	710	149	859
21	Sulawesi Tenggara	3	35	66	1	27	1	668	448	101	101	69	111	10	50	69	0	1.757	521	2.278
22	Gorontalo	3	31	121	0	25	0	806	576	112	203	80	167	4	36	75	0	2.236	751	2.987
23	Sulawesi Barat	2	27	70	2	23	0	662	713	69	116	53	46	6	26	56	0	1.869	234	2.103
24	Maluku	8	49	161	1	26	2	2.745	1.174	181	263	270	285	16	53	142	0	5.368	890	6.258
25	Maluku Utara	6	20	109	2	18	1	1.117	977	173	307	85	164	12	18	123	0	3.126	652	3.778
26	Papua Barat	7	55	106	0	10	1	1.378	454	109	127	70	95	7	45	98	0	2.555	608	3.163
27	Papua	27	166	604	4	77	4	5.721	2.219	494	562	333	478	34	79	543	614	11.932	3.613	15.545
	Indonesia	143	2.507	5.760	84	1.359	50	54.864	38.918	5.971	5.572	3.456	4.428	534	2.908	5.002	619	132.032	38.656	170.688

Sumber : Sistem Informasi SDM Kesehatan diolah oleh Sekretariat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, 2019 (Update sampai dengan 1 Januari 2019)

*berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 131 Tahun 2015 dan Surat Direktorat Kawasan Khusus dan Daerah Tertinggal, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS no 2421/Dt.7.2/04/2015

Tabel Lampiran.3. Jumlah SDM Kesehatan di DTPK Menurut Jenis Tenaga dan Provinsi Tahun 2019

Lampiran 11.f

JUMLAH SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN DI DAERAH TERTINGGAL, TERDEPAN, DAN TERLUAR*
MENURUT JENIS TENAGA DAN PROVINSI TAHUN 2019

No	Provinsi	Jumlah Kabupaten / Kota Daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar	Jumlah Tenaga Kesehatan																Tenaga Penunjang Kesehatan	Total SDM Kesehatan	
			Dokter Spesialis	Dokter	Dokter Gigi Spesialis	Dokter Gigi	Tenaga Psikologi Klinis	Tenaga Keperawatan	Tenaga Kebidanan	Tenaga Kefarmasian	Tenaga Kesehatan Masyarakat	Tenaga Kesehatan Lingkungan	Tenaga Gigi	Tenaga Keterampilan Fisik	Tenaga Keahliatan Medis	Tenaga Teknik Biomedika	Tenaga Kesehatan Tradisional	Jumlah			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	
1	Aceh	3	36	162	2	49	2	890	1.197	141	287	118	116	18	124	108	0	3.240	511	3.751	
2	Sumatera Utara	5	39	172	0	42	2	1.900	1.959	148	214	49	109	12	59	96	0	4.810	646	5.456	
3	Sumatera Barat	3	51	120	0	48	2	901	932	145	93	46	83	12	113	117	0	2.663	1.035	3.698	
4	Riau	6	178	573	2	151	2	3.374	3.264	487	283	99	198	64	206	391	1	9.273	3.023	12.296	
5	Sumatera Selatan	2	21	104	0	22	2	1.030	1.021	116	71	43	71	10	53	64	0	2.628	648	3.276	
6	Bengkulu	1	6	23	0	3	1	301	464	43	56	17	36	2	4	34	0	990	180	1.170	
7	Lampung	2	16	56	1	3	0	485	762	52	47	25	35	3	32	48	0	1.565	344	1.909	
8	Kepulauan Riau	5	258	476	13	124	4	2.837	1.479	440	168	152	148	48	198	313	0	6.658	2.721	9.379	
9	Jawa Timur	4	113	346	12	114	2	3.462	2.851	274	160	103	205	11	114	266	0	8.033	3.102	11.135	
10	Banten	2	68	238	4	59	0	1.600	1.653	189	128	41	60	4	27	67	0	4.138	1.051	5.189	
11	Nusa Tenggara Barat	8	131	546	8	115	11	5.660	3.879	573	366	408	515	77	430	612	0	13.331	4.299	17.630	
12	Nusa Tenggara Timur	19	118	522	1	122	5	6.563	4.766	724	708	593	677	82	655	705	3	16.244	3.742	19.986	
13	Kalimantan Barat	9	107	383	5	65	1	4.442	2.880	443	298	280	333	37	326	416	0	10.016	2.561	12.577	
14	Kalimantan Tengah	1	6	23	1	2	1	392	254	36	21	11	28	4	15	58	0	852	335	1.187	
15	Kalimantan Selatan	1	16	32	0	7	0	386	320	65	25	43	81	2	34	54	0	1.065	328	1.393	
16	Kalimantan Timur	2	17	92	3	19	0	777	390	106	66	45	43	9	25	78	0	1.670	813	2.483	
17	Kalimantan Utara	2	31	94	2	27	0	862	547	139	112	33	60	9	47	82	0	2.045	735	2.780	
18	Sulawesi Utara	2	21	62	1	5	0	806	187	53	36	72	61	6	26	21	0	1.357	320	1.677	
19	Sulawesi Tengah	9	86	267	0	78	8	3.907	3.307	564	900	315	250	27	157	246	0	10.112	2.245	12.357	
20	Sulawesi Selatan	1	17	38	0	23	3	313	304	94	80	33	45	2	26	25	0	1.003	159	1.162	
21	Sulawesi Tenggara	3	24	92	0	29	1	1.041	895	151	200	80	137	12	68	76	0	2.806	543	3.349	
22	Gorontalo	3	22	81	0	23	0	852	617	144	245	82	157	4	23	66	0	2.316	771	3.087	
23	Sulawesi Barat	2	35	82	2	34	0	501	405	101	103	45	37	3	28	49	0	1.425	224	1.649	
24	Maluku	8	42	183	0	31	2	2.899	1.369	176	325	296	322	14	49	133	0	5.841	857	6.698	
25	Maluku Utara	6	26	98	2	21	1	1.081	1.064	153	344	70	148	15	26	154	0	3.203	570	3.773	
26	Papua Barat	7	24	66	0	9	0	1.230	616	87	103	39	86	5	21	59	0	2.345	611	2.956	
27	Papua	27	102	452	1	57	3	4.270	1.850	444	392	228	286	23	97	461	66	8.732	3.049	11.781	
Indonesia			143	1.611	5.383	60	1.282	53	52.752	39.232	6.088	5.831	3.366	4.327	524	2.983	4.799	70	128.361	35.423	163.784

Sumber : Sistem Informasi SDM Kesehatan diolah oleh Sekretariat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemendes RI, 2020 (Update per 31 Desember 2019)

*berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 131 Tahun 2015 dan Surat Direktorat Kawasan Khusus dan Daerah Tertinggal, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS no 2421/DL7.2/04/2015

LAMPIRAN

Transkrip Wawancara

Doctorshare Interview Transcript - with Swenda Twin Augusti

Legend:

Interviewer (I): Fushen

Interviewee (Sw): Swani Twin Augusti

I	Nah, justru dari pembicaraan-pembicaraan sama Stanley nih, saya kan, karena saya gak ngikutin RS A1, RS A2 nih, justru saja juga perlu informasi terkait RS A1 sama RS A2. Kalau yang dulu saya dapat info, awal pelayanan RS A1 dan 2 kan sebetulnya, 1 baksos umum sama tapi ada kapalnya bisa digunakan untuk kamar operasi ya? Kira-kira konsepnya seperti itu ya Bu ya?
Sw	Iya, benar Dok. Sebenarnya kan kalau kita pelayanan ke daerah, kita kan punya target, biasanya maksimal tuh 10 hari, paling cepat 7 hari. Di hari pertama kita itu biasanya baksos dulu sekalian skrining. Skrining terus..ee..untuk cari pasien mayor dan minor. Nah di hari ke dua, kita melakukan operasi, operasi mayor minor selama tiga hari Dok. Selama tiga hari kita operasi, nah pasien yang dioperasi khususnya pasien mayor, itu, kalau yang dibutuhkan untuk rawat inap, kita biasanya kerjasama sama puskesmas setempat yang ada rawat inapnya.
I	Oh, puskesmas rawat inap ya..
Sw	He eh, kita sih tetap melibatkan pihak dinkes atau puskesmas setempat untuk membantu kita, karena kan kapal kita yang 1 dan 2 ini kecil dan tidak ada kapasitas rawat inapnya memang, makanya kita opernya ke dinkes setempat atau puskesmas untuk bantu kita. Nah, tapi setiap pagi dokternya harus visit, kayak gitu, selama tiga hari monitor hasil operasinya. Setelah itu kita tinggal, kita edukasi untuk lagi ke stafnya bagaimana perawatan untuk operasi, kayak gitu. Kalau ada jaringan yang perlu kita PA, nanti kita laporn hasilnya ke puskesmas.
I	PA-nya dibawa berarti kan?
Sw	Iya bawa ke sini. Nanti kita kabarin, kalau memang hasilnya harus ada yang diperlanjut lagi tindakannya.
I	Itu modelnya sama ya 1 dan 2, sama ya?
Sw	Sama, sama. Karena kapasitasnya tidak ada rawat inap, pun kepentoknya bisa, kalau RS A1 itu karena lebih kecil dibandingkan RS A2, jadi paling muatnya kalau untuk rawat inapnya cuma dua.

I	Hmm..
Sw	Kalau RS A2 itu bisa lah 3-5, bisa.
I	Oh..tapi ada yang dirawat di sana berarti yah?
Sw	Kalau gak ada fasilitas kesehatannya di pulaunya.
I	Oh terpaksa di ya... (tertawa kecil)
Sw	Ya.. ya, malam lah kita monitor
I	Oh iya. Nah, waktu ngomong sama Pak Kiman sebetulnya masalah, kita kan masalah, bukan masalah ya, tantangannya kan banyak ya..
Sw	Banyak.
I	Sama yang tadi aturan tuh. Regulasinya, nanti begini, begini, enggak ditanggung BPJS segala kan. Terus ada masalah yang tadi keuangan juga yang terkait BPJS, terus ada masalah yang terkait sama..kalau saya waktu itu sih, saya bilang masalah sumber daya manusia ya, operation gitu, tapi Pak Kiman sempet nyebut waktu itu, oh kalau untuk RS A1 dan 2 kita punya pooling ini kok, punya pooling..apa..volunteer kok. Apakah itu udah berjalan apa belum ya?
Sw	Sebenarnya kalau..kalau volunteer sih kita memang ada terus sih Dok. Poolingnya kalau dipooling juga enggak ya.
I	Oh, mungkin emang gimana sih prosesnya biasanya yang mau berangkat untuk RS? Kan 1, 2 kan sifatnya seperti baksos
Sw	Kita sih sebetulnya ya, ajak aja Dok. Kita buka sebar ini atau kita kasih tahu satu orang terus sebarin kemana-mana, atau kita ngajakin orang yang sudah biasa tapi bawa orang-orang baru. Yang orang lama kita ajakin tapi ditambah orang-orang baru by WA.
I	Per kali, atau..maksudnya per kali atau udah per tahun?
Sw	Oh, per kali Dok. Karena gak bisa, per tahun diajak.
I	Kan pasti kan Ibu punya jadwal nih..
Sw	Iya.
I	Saya punya jadwal setahun mau kesini, kesini, kesini. Nah, itu waktu nyari orangnya per kali atau nih, kita punya jadwal ini nih, siapa yang mau pergi?
Sw	Ya paling kita infoinnya, infoin dalam setahun kita ada pelayanan nih kesini-kesini, kalian mau ikutnya yang kemana gitu. Ya udah Dok, kalau mereka ada pilihannya yang oke, contohnya kemarin saya bisa ikut yang ke Anambas, ya ke Anambas, kalau nanti bisa ikut yang ke Papua, ya bisa ajak lagi. Yang penting kuota yang untuk full teamnya terpenuhi aja sih Dok.

I	Nah, yang terkait full team, itu menarik tuh. Full team, full team itu komposisinya gimana sih biasanya kalau RS A1, RS A2?
Sw	Ehm..ada koorlap, koordinator lapangan, wakil koordinator lapangan, terus ada koordinator mayor..
I	Koordinator mayor tuh untuk bedah mayor?
Sw	Iya. Jadi ibaratnya tuh kayak kepala ruangnya ruang OK gitu lho Dok.
I	Ehmm..
Sw	Operator. Biasanya kita operator 1 kalau gak begitu banyak, atau 2 maksimal, operator 1, operator 2. Asisten 1, instrumen, instrumen biasa, onloop, sama anastesi, itu koordinator.
I	Anastesinya nih dokter anastesi atau...?
Sw	Kita biasanya bawanya penata sih Dok.
I	Oh, penata..
Sw	Kalau dokter anastesi, kalau dokter anastesi takut ekspektasi mereka terlalu tinggi kan..
I	(tertawa kecil)
Sw	Jadi agak gak ini. Apalagi mereka kan ini hitungannya kayak gak dibayar Dok, agak susah ngajakin dokter anastesi ke kita. Kalau penata, setidaknya mereka masih kena gitu. Terus minor, itu ada koordinator minornya, operator biasanya tiga, sama asisten tiga, sama on loop.
I	Ehmm...
Sw	RS 1, koordinator BP. Koordinator BP itu khusus untuk yang ngatur nanti baksosnya sendiri. Sama ada media. Itu aja sih Dok.
I	Oh, kalau.. Ini masing-masing satu orang atau mereka merangkap ya?
Sw	Satu-satu Dok
I	Oh masing-masing satu-satu ya.
Sw	Kurang lebih ya 20. Maksimal itu 20, paling sedikit itu 17.
I	Kalau si koordinator mayor atau koordinator minor..
Sw	Beda.
I	Dia ikut, ikut, ehmm...ikut dalam, dalam apa, dalam operasinya atau..?
Sw	Enggak.

I	Oh, pokoknya hanya <i>manage</i> jadwal..
Sw	Me- <i>manage</i> jadwal, hari ini ada berapa pasien, dan atur <i>flow</i> -nya.
I	Oh.. oke
Sw	Gitu..
I	Oh, jadi dia seperti koordinator lapangan tapi khusus untuk yang mayor, yang koordinator minor, seperti koordinator lapangan khusus di minor.
Sw	Iya. Koordinator lapangannya dia mengatur semua, khususnya untuk dua yang di atas. Kan naik turun, naik turun, kalau enggak gitu kan berat tuh. Satunya lagi kalau misalnya ketemu sama dinkes atau apa yang dibutuhkan, gitu-gitu Dok.
I	Nah, kalau koordinator BP, koordinator BP kan berarti untuk hari pertama kan ya, lebih banyak untuk hari pertama.
Sw	Iya, hari pertama.
I	Hmm kalau BP-nya sendiri, dokternya tetep pakai yang minor ini, atau..?
Sw	Dokternya, kalau ketika lagi BP, dokternya bisa ngambil dari minor sama mayor.
I	Ada tambahan gak di luar itu?
Sw	Enggak, kecuali kalau dari daerah tersebut mau kirim utusan, bisa bantu kita di sini.
I	Oh..misalnya dari dinasnya mau bantuin nih dokter puskesmas, atau siapa...
Sw	He eh, dokter puskesmas, ada berapa gitu.
I	Nah, kalau kan dulu saya sering bikin pengobatan juga nih, waktu mahasiswa sama awal-awal baru lulus. Kan pengobatan biasanya ada pendaftaran, ada yang tensi dulu, ada yang segala macam, dokter, terus terakhir farmasi kan. Nah, itu yang mengerjakan pendaftaran sama tensinya berarti yang dari perawat yang mayor dan minor ini juga ya? Atau beda lagi?
Sw	Oh, kalau biasanya kita kalau ke daerah sudah koordinasi sama desa setempat. Daerah setempat kan ada kader, ada bidan, ada perawat gitu kan Dok. Jadi kita manfaatin dari mereka untuk bantu di pendaftaran sama tensi, gitu.
I	Oh... jadi pendaftaran dan tensi itu dari tenaga setempat?
Sw	Tenaga setempat.

I	Tenaga setempat itu harus kader atau...?
Sw	Enggak sih. Kalau mereka bisa atau kompetensi mereka, maksudnya..apa ya bilanganya.., kalau mereka bisa, bisa melakukan pendaftaran, administrasi, atau tensi kita kasih ke mereka.
I	Tapi biasanya yang tensi, kan biasanya, kan biasanya ada latar belakang kesehatan ya?
Sw	Perawat bisa, atau bidan gitu.
I	Perawat, atau bidan..
Sw	Kita kasih ke bidan sih atau perawat yang ada di situ, kalau kader bantunya di pendaftaran. Karena kan biar mereka ngerti bahasa mereka juga kan, bahasa setempat. Kalau kita yang pegang, enggak ngerti nanti kita bahasanya, karena suka beda.
I	Kalau yang, yand di dokternya ada penerjemah juga berarti?
Sw	Ehmm.. tergantung. Kalau emang masih bisa di ini, ee..kita sendiri. Kalau masih ngerti pake bahasa Indonesia, kita lakukan sendiri, ya tapi kalau enggak, biasanya kita minta bantu.
I	Oh penerjemahnya tapi buka kader? Maksudnya ada background..
Sw	Oh, enggak sih, kader aja biasanya.
I	Kader nih maksudnya, kader yang mereka memang dilatih sama setempat atau ee...ya masyarakat di situ deh, gitu.
Sw	Ee...masyarakat setempat tapi yang ada pelatihan sih Dok.
I	Oh. Soalnya saya juga waktu di Papua juga ada penerjemah. Saya enggak ngerti bahasanya. Papuanya, papua di gunung, belum begitu banyak yang bisa..
Sw	Ngerti bahasa Indonesia (tertawa kecil)
I	Bahasa Indonesia. Jadi.. (tertawa kecil)
Sw	Betul Dok. Kalau kita gak ada kader ya kita pakai masyarakat yang mengerti bahasa Indonesia.
I	Oh..
Sw	Gitu Dok. Ya mau gak mau jadinya kan.
I	Karena.. Kalau yang di farmasinya?
Sw	Farmasinya. Kalau ada perawat yang bisa bantu, biasanya tim kita yang siapkan obat, nanti perawat yang bantu untuk jelasin ke masyarakat. Kita

	tetap tidak.
I	Oh. Nah, kalau farmasi yang di tim internalnya, yang nyiapin obat biasanya siapa itu?
Sw	Perawat itu Dok atau kalau ada farmasi, kalau enggak ada ya kita, apoteker.
I	Kalau perawat sebetulnya boleh enggak sih?
Sw	Perawat, selama dia gak bikin resep seharusnya bisa sih Dok.
I	Gak tahu, saya belum tanya juga sih. Soalnya kan kalau yang di sini-sini nih, kalau di kota-kota kan pasti harus ada apoteker atau AA atau ini kan. Jadi, kalau masyarakatnya lebih banyak terlibat di pendaftaran, kader. Perawat atau bidannya bantu tensi. Kalau di dokter, penerjemah. Nah kalau di farmasi yang menyerahkan..
Sw	Penyerahan aja ke masyarakat
I	Penjelasannya dari kita atau...?
Sw	Ya, kita kasih penjelasan dulu ke perawatnya. Ada ini, ini antibiotik ya kak harus habis, nanti tolong kasih tahu ke pasiennya, nih vitamin ya kak. Kalau gak kita tulisin di obatnya, vitamin, antibiotik habiskan, gitu-gitu Dok. Biar memudahkan, gitu kan.
I	Pernah ada yang itu gak, pernah ada yang miss gak? Miss dalam artian begini, salah ngasih tau atau apa.
Sw	Hmm.. gak sih Dok. Selagi kita bisa meng- <i>handle</i> -nya sih. Saya beberapa kali ikut pelayanan, gak sih.
I	Dari mereka yang ngebantu juga gak ada, gak ada kesulitan khusus ya?
Sw	Gak ada sih, mereka kooperatif. Maksudnya karena udah sehari-harinya gitu kan, jadi mereka ya cukup cepat mengerti.
I	Berarti kan ada beberapa orang nih, ada yang kader, ada yang perawat, ada yang bidan, penerjemah, ada yang bantu di farmasi, itu cara, cara mendapatkan orangnya gimana?
Sw	Kan sebelum kita dateng itu kita sudah survey dulu Dok.
I	Iya, kita bilang gak, saya butuh nih buat pendaftaran sekian orang..
Sw	Iya, pasti. Kadang nanyain butuh gak tenaga, ya pasti kita jawab butuh.
I	Oh...
Sw	Kita butuh bantuan ini, ini, ini nanti tolong siapkan. Kadang bahkan dinkes juga siapkan ambulans, macem-macem.

I	Pernah kekurangan orang setempat gak?
Sw	Orang setempat? Enggak sih.
I	Kalau tim internalnya?
Sw	Enggak, karena kan kita pasti bawanya pasti sudah sesuai. Ya kan Dok.. (tertawa kecil)
I	Ya kali aja gitu, waduh masih kurang nih tapi udah dijadwalin jalan, gitu..
Sw	Enggak sih.
I	Oh.
Sw	Pun kalau kekurangan satu orang karena sakit, pun kita masih bisa <i>handle</i> . Maksudnya kita di situ juga harus <i>multitasking</i> juga, ngerti, jadi ya udah.
I	Tapi kalau timnya sendiri juga, tim internal, ee..kan ini berarti kan ada yang pengobatan umum, ada yang bedah minor, ada yang bedah mayor, kalau bedah mayor, dokter bedah berarti ya?
Sw	Ya.
I	Asistennya bisa dokter umum..
Sw	Bisa umum, atau ya biasa, perawat.
I	Kalau yang..perawat-perawatnya yang bisa, perawat-perawat yang bisa, eh biasa di kamar operasi berarti?
Sw	Kita biasanya bawa perawat khusus, perawat instrumen, perawat asisten apa ya bilang ya yang instrumen, ee... asisten tuh staf ya, apa ya, ya intinya perawat-perawat OK sih Dok, jadi yang kita bawa tuh benar-benar bukan orang yang orang-orang yang umum, maksudnya itu enggak. Jadi kita bawanya tuh yang spesifik, gitu.
I	Nah, kalau yang minornya?
Sw	Minornya dokter umum sama dokter bedah.
I	Dokter umum, kan gak semua dokter umum bisa ngerjain bedah minor?
Sw	Lho, bisa Dok, gak mungkin.
I	Lho, ada dokter, saya gak tahu nih bedah minor yang di sana kasusnya kan..
Sw	Paling kasus bedah minornya cuma lipom, antero, callus, yang gitu-gitu sih dok yang gak ini banget. Yang lipom tergantung posisinya, kalau emang agak riskan transfer ke mayor.

I	Ohh....
Sw	Kayak gitu-gitu sih Dok.
I	Oh, kirain. Saya pikir, bedah minornya yang ini, yang ajaib-ajaib (tertawa kecil)
Sw	Enggak sih Dok. Kita ini, harus tahu diri, karena sensi, sensitif buat kita, sensitif juga buat pasien.
I	Pernah ada yang ada komplikasi gak ya?
Sw	Pernah.
I	Komplikasi saat bedah atau setelah?
Sw	Saat bedah. Pasien, pasien itu kasusnya di Banggai, karena memang ketersediaan alat lab kita kan memang minimal, gitu kan. Untuk mayor aja kita cuma JPL doang Dok, tapi ada tes SGPT segala macam, tapi waktu itu, dulu kasusnya adalah pasien minor. Pasien ini persyaratannya cuma cek HIV, HbsAg, gula darah, tensi, udah cuma sebatas itu kan. Saat di operasi ternyata si pasien ini ada kelainan darah.
I	Oh..
Sw	Jadinya kan kit gak tahu. Akhirnya kita transfer ke mayor untuk dijahit lagi supaya gak jadi perdarahan selanjutnya kita langsung rujuk ke RSUD. Sedikit-dikit soalnya kalau minor perhatiannya sebatas itu, beda sama mayor, kalau mayor kan ada BTL-nya, ada BTCT-nya, segala macam.
I	Kalau RS A1, 2 pernah lebih dari 10 hari gak?
Sw	RS A2 sih gak pernah, yang pernah sih RS A1. RS A1 tuh pasti dua minggu kalau di Papua. Lebih dari dua minggu bahkan.
I	Oh tapi memang, memang direncanakan?
Sw	Ehmm.. Memang direncanakan, karena kan kita melihat kondisi ke kota agak jauh gitu kan Dok, jadi memang harus begitu memang jadwalnya.
I	Tapi kalau dia di sana, dua minggu atau dua minggu lebih, itu timnya tetap berarti?
Sw	Rolling. Ada yang full, ada yang rolling.
I	Oh..
Sw	Soalnya kan mereka juga kerja Dok (tertawa kecil)
I	Tapi kalau orang setempatnya biasanya mereka-mereka juga kan?
Sw	Orang setempat..tapi jarang sih mau ikut..

I	Maksudnya tadi, masyarakat yang mau bantu..
Sw	Iya, soalnya kalau Papua tuh karena kita kebantu
I	Tapi masyarakat itu hanya terlibat berarti di balai pengobatan aja ya?
Sw	Balai pengobatan aja.
I	Waktu mayor minor mereka enggak terlibat ya?
Sw	Enggak.
I	Oh.. Berarti hanya hari pertama?
Sw	Ehmm.. Hari pertama.
I	Oh. Kalau itu kan katanya ada ini juga ya Bu, ada selain pengobatan, ada apa, pemberdayaan masyarakat, pelayanan kesehatan masyarakat ya? Apakah edukasi, penyuluhan?
Sw	Oh, penyuluhan, kita sih liat tergantung lihat situasinya sih Dok. Kalau memang di saat operasi gak ada pasien, kita masukan ini.
I	Oh, tapi itu kan berarti dari internal tim ya, bukan, gak melibatkan masyarakat.
Sw	Iya. Itu adalah plan B-nya. Biasanya kita bikin kayak gitu buat plan B-nya, gitu tapi seharusnya idealnya memang kita harus bikin penyuluhan kayak gitu sih, biar karena setiap daerah.. Ketika survey pun kita sudah ada laporannya bahwa di daerah itu sudah ada begini-begini, seharusnya kita juga harus siapin, tapi karena waktu relawan itu sangat apa ya, sibuk, jadi ya gak ada yang menyiapkan materi, gitu lho Dok.
I	Kalau RS A1 sama RS A2 itu sendiri, biasanya 1 tahun berapa kali..?
Sw	Sebenarnya RS A2 ini sudah dua tahun enggak jalan..
I	Iya, itu kenapa sih ya?
Sw	Rusak katanya. Yang RS A1 ini, tahun ini sembilan.
I	Oh.. Biasanya emang rata-rata segitu? 9 berarti hampir sebulan sekali lah ya.
Sw	Iya, sebulan sekali.
I	Kalau misalnya ,oh tadi yang RS A2 udah dua tahun gak beroperasi ya, ada rencana di benerin gak jadi?
Sw	Itu kan sebenarnya milik yayasan Eka Dharma Dok, kita kan jatuhnya cuma kerjasama. Mereka yang menyediakan kapalnya, kami yang menyediakan tenaganya, tenaga kesehatannya.

I	Oh gitu yang RS A2 tuh, ee..jadinya kerjasamanya gimana tuh? Jadi, yayasan Eka Dharma meminjamkan kapal? Gitu kira-kira..
Sw	Iya, kira-kira seperti itu
I	Oh.. Jadi kalau rusak yang benerin siapa? (tertawa kecil)
Sw	Eka Dharma, tapi ya ini kita lagi nunggu keputusan apakah akan dilanjutkan, apa tidak. Supaya bisa alokasi dananya kan, juga bisa dipindahin, gitu.
I	Kalau yang RS A1?
Sw	RS A1 punya kita.
I	Full kan berarti?
Sw	Iya
I	Yang RS A3 juga?
Sw	Iya
I	Yang tiga kan hibah kan, bukan dipinjamin juga berarti?
Sw	Hibah.
I	Oh...
Sw	Yang RS 2 kita lagi nunggu hibahnya juga, tapi masalahnya belum ada omongan lebih lanjut lagi.
I	Oh.. Jadi tahun ini kemungkinan gak beroperasi ya?
Sw	Iya, belum tahun ini.
I	Itu rusaknya karena perjalanan atau...?
Sw	Iya, itu pelayanan di Natuna. Pelayanan di Natuna, udah rusak, untungya bisa balik ke sini, abis itu udah enggak bisa lagi jalan.
I	Kalau yang, yang tiga kan tadi hanya baru di Palu, nanti mau ke NTB ya.
Sw	NTB.
I	Belum ada izin juga kan? Waktu di Palu kan hitungannya sebagai baksos.
Sw	Ehmm.. baksos
I	Berarti lumayan lama ya 5 bulan..
Sw	5-6 bulan.
I	5 bulan, Ibu ikut juga?

Sw	Oh enggak, saya di sana 15 hari karena kan harus ngurusin...
I	Rawat inapnya jalan juga berarti selama yang di Palu kan?
Sw	Rawat inap jalan ketika ada operasi.
I	Oh hanya untuk post-op aja
Sw	Ehmm..
I	Oh.. gak ada kasus-kasus yang ini ya?
Sw	Kalau pun ada kasus kita akan rujuk Dok, soalnya kita kan gak ada dokter yang spesialisnya
I	Oh...
Sw	Iya Dok. Istilahnya kita kan cuma mengandalkan dokter umum aja, gitu kan. Kan dokter umum kompetensinya juga beda, gak bisa menangani pasien yang lebih tinggi lagi
I	Iya.. iya.. Yang RS A3 waktu di Palu, masyarakat setempat terlibat gak ya?
Sw	Iya. Kita malah memperkerjakan perawat-perawat yang di ops. Kan ada rumah sakit yang rubuh itu tuh, kan ada beberapa, ininya tuh dirumahkan, jadi kita minta bantuan dari mereka untuk bantu-bantu kita.
I	Oh tapi yang backgroundnya sesuai ya? Bukan yang kader-kader..
Sw	Bukan. Perawat, apoteker..
I	Perawat, apoteker yang rumah sakitnya rubuh
Sw	Iya. Kasian sih, ya mereka jadi dirumahkan sih begitu
I	Soalnya saya waktu itu kan ngobrol sama Stanley juga, sempat nyinggung.. Apa.. feeding centre..
Sw	Oh PRG..
I	PRG ya..
Sw	Panti Rawat Gizi.
I	Panti Rawat Gizi, itu kan di NTB juga ya?
Sw	Iya
I	Kemarin itu ngobrol sebetulnya kan tadi waktu ngomong sama Pak Kiman kan, masalah keuangan, masalah legal, masalah sumber daya, saya pikir kalau keuangan kompleks lah ya. Keuangan kompleks, pastilah semua, hampir semua, organisasi non profit tuh urusan keuangan pasti kompleks.

	<p>Terus masalah legal juga, legal itu sebenarnya thesis saya waktu S2. Ya kita bisa bikin apa aja, tapi kan tergantung sama yang bikin peraturan ya, sangat bergantung sama pihak lain itu. Makanya kan topiknya saya lebih banyak ke masalah SDM. Kalau SDM kan lebih banyak bergantung sama kita nih. Misal kita gimana, internal kita mengelolanya gimana, kalau mau melibatkan masyarakat gimana gitu. Nah, kemarin itu sebenarnya kepikiran yang RS A3 ini kan ada rawat inap, dan mau mencari orang, katakanlah tenaga dari sini, dan agak berbeda nih sama RS A1 dan 2. Kalau 1 dan 2 kan <i>short-term</i>, kalau ini <i>long-term</i>, mau dibilang volunteer apa iya volunteer 6 bulan, 3 6 bulan, kan jadi tanda tanya. Apa modelnya mau dikontrak, apa mau <i>rolling</i>, tapi kalau <i>rolling</i> sama aja ongkosnya, ganti orang. Waktu itu sempat kepikir apakah mungkin memberdayakan masyarakat setempat gitu. Misalnya kapasitas rawat bisa belasan sampai 20 ya?</p>
Sw	30 Dok totalnya ya
I	Total semua kan hampir 30, katakanlah efektifnya belasan sampai 20. Katakan 20, atau 15 deh. Itu aja kan butuh perawatnya jumlahnya juga lumayan kan. Gak mungkin kalau perawatnya 15 dia nongkrong dari pagi sampai malam terus-terusan dia yang kerja, udah enggak mungkin.
Sw	Iya, benar-benar.
I	Dibikin 4 shift aja, sudah berapa belas perawat yang dibutuhkan
Sw	Ya.. hitung aja sekali jalan paling minim aja 3, 3 aja sudah 3 x 3 aja berarti udah 9
I	3 x 3, pasti 3x4 jadinya..
Sw	Iya 3 x 3, pasti 3 x 4 jadinya. Makanya kemarin yang kita coba, kita bawa tim terlalu mepet, jadinya kita, tidur ya antara tidur gak tidur jadinya
I	Nah justru itu. Makanya kemarin pikir begini, mungkin gak sih memberdayakan masyarakat setempat untuk membantu tugas perawat. Jadi, kalau tadinya perawat mesti 1 shift misalnya 3, oke deh kalau pagi nih, kan banyak aktivitas pagi nih, masukin obat, ada update obat segala, pagi siang katakanlah itu 3. Mungkin gak yang sore 2, malam 2, tapi dibantu oleh masyarakat setempat? Misalnya untuk pemberian makan kah, atau untuk memastikan dia minum obat, kalau obat yang minum kan gak harus perawat yang siapin kan, bisa masyarakat yang membantu. Nah itu apakah bisa eehh.. Kalau misalnya ganti <i>pampers</i> , atau mengantar ke kamar kecil atau kemana.
Sw	Bisa sih..
I	Nah itu yang kemarin coba, dicoba didiskusikan gitu. Hmm memang waktu saya S2 saya pernah belajar juga tentang task shifting. Jadi dulu, <i>background</i> awalnya tuh di Afrika, awalnya digunakan untuk orang-orang HIV sama Ebola, Ebola belum, HIV dulu lah, HIV itu kan wabah di Afrika tuh semakin banyak, mirip-mirip lah kondisinya dengan model-model di Papua,

	<p>HIVnya makin banyak, dokternya gak ada, karena dia tepat di bawah gurun Sahara, itu lokasinya aksesnya sulit. Jadi dokternya jumlahnya kurang, perawat juga jumlahnya terbatas, terus mereka pikir, jadi gimana caranya, kalau HIV mereka harus minum obat ARV rutin, gimana caranya kalau semua yang harus dokter yang resepin, dokternya enggak ada terus gimana. Akhirnya mereka pikir, oh dari dokter, kalau mereka kan punya registered nurse ya, RN, oh RN masih boleh ngeresepin, tapi pertanyaan lagi RNnya juga terbatas. Terus gimana? Oh, kalau RN-nya terbatas ya udah deh, pakai <i>nurse</i> atau <i>community health worker</i>, kayak kader kesehatan ya, akhirnya itu yang diberdayakan. Oke, udah bisa nih. RN ngasih ke nurse atau kader, kemudian tapi gak cukup juga karena jumlahnya terlalu banyak. Akhirnya mereka pikir, oh ini, begitu selesai siklus pengobatan, pasiennya yang dijadikan kader kesehatan tapi khusus untuk HIV/AIDS. Jadi kalau yang pertama tadi dari dokter ke RN, RN ke perawat, perawat ke kader, ini ada lagi dari kader kesehatan ke pasien, tapi ada pasien yang berpengalaman di bidang itu. Ya kalau dia ngikutin dari awal, ya pasti dia tahu kan, dia yang merasakan, dia yang terlibat, dia yang diberdayakan untuk pengobatan ini. Nah, itu konsep awalnya. Itu tahun 2008-an, 2009, eh sebelum 2008 tapi akhirnya di-publish 2008 nah sama WHO itu dijadikan satu inisiatif untuk daerah berkembang yang kekurangan tenaga kesehatan. Mirip lah, sebetulnya sih, menurutnya saya sih di Indonesia cocok. Karena masalahnya kita bukan kurang tenaga kesehatan lho, tapi distribusinya yang, yang tidak merata, gitu.</p>
Sw	Ada sih beberapa rumah sakit yang kayak gitu, namanya HCA.
I	HCA apa tuh?
Sw	<p>HCA itu Health Care Assistant. Sebelum saya kerja di sini kan saya kerja di Siloam dan tiap <i>shift</i> itu kita dibantu oleh HCA. Jadi dia yang membantu kayak pasien mau kemana dia yang bantu, mau mandiin dia yang bantu. Jadi ada beberapa pekerjaan perawat yang bisa diiniin dia yang bantu dan backgroundnya sih gak orang kesehatan justru malahan, kayak gitu.</p>
I	<p>Nah itu, itu yang.. Sebetulnya sih dulu, dulu nih ceritanya, tapi ini tidak di-publish nih, saya nanya, dulu kan saya sempat ke Kemenkes, kemana.. Kan saya bilang, saya kasih kasus sederhanya gini, saya di Papua, di tengah gunung, ada ibu-ibu mau melahirkan harus <i>sectio</i> boleh gak saya dokter umum yang ngerjain, oh secara undang-undang saya dilihat, oh gak boleh, karena emergency boleh dikerjain apapun hasilnya segala risikonya saya boleh ngerjain. Pertanyaannya sekarang, sekarang kan di gunung-gunung itu kan gak ada dokter spesialis, kenapa gak si dokter umum ini yang dilatih khusus untuk masalah ibu dan anak, karena yang paling banyak akan angka kematian ibu dan anak, khusus deh AKI, AKA, sama AKB 5 tahun. Nah, di Kemenkes itu sebenarnya sudah dikerjakan, waktu itu tahun 2012, 2012 sudah dikerjakan. Mereka bikin tim namanya Dokter dengan Kewenangan Tambahan, DKT. Mereka bikin tim obsgyn, anastesi, sama anak. Jadi tiap daerah 3 orang dikirim, ke pusat-pusat pendidikan, jadi waktu itu di Unhas sama Unair kalau gak salah. Eh, Unhas, Unsrat, Unair, kalau enggak salah tiga waktu itu. Pokoknya yang Papua, Manado, Maluku</p>

	itu ke Unhas sama Unsrat, yang NTT itu ke Unair. Ceritanya dulu begitu. Nah, masalahnya adalah setelah dokter selesai itu dilatih, sebulan atau dua bulan, tetap enggak jalan, karena menurut orang kemenkes, enggak bisa, kolegiumnya tetap enggak ngizinin. Menganggap oh nanti kalau dia balik kesitu, ngambil kerjanya dokter obsgyn, padahal kan ditujukannya sebetulnya untuk di daerah-daerah yang terpencil.
I	Nah kenyataannya itu sampai sekarang itu enggak jalan. Nah, itu yang jadi, satu, satu permasalahan. Menurut saya sih harusnya bisa dijalankan ya, kayak sekarang kan kondisinya mirip-mirip seperti itu. Tidak semua kan bisa, belum tentu kita bisa memenuhi SDM terus-terusan, khususnya buat yang RS A3 sih, kalau RS A1 dan 2 kan...
Sw	Iya
I	<i>Short-term</i> , terjadwal. RS A3 ketika mereka harus nongkrong di situ mau 3 bulan, 6 bulan, itu kan jadi pertanyaan. Walaupun saya juga gak tahu nih, waktu ngobrol sama Stanley kan dibilang, oh iya rencananya 6 bulan. Nah, pertanyaan berikutnya setelah 6 bulan, mau kemana. Mau pindah, mau tetap disitu kan belum...
Sw	Belum jelas..
I	Belum jelas juga. Kalau pindah, pindah kemana, izinnya gimana nanti kan apakah nanti masih di wilayah yang sama, hanya beda lokasi, nah itu jadi pertanyaan. Kalau yang di rumah sakit itu, yang HCA, waktu itu mereka dilatih dulu apa ya?
Sw	Mereka sih ada. Biasanya mereka sebelum bekerja, mereka di-training dulu 1 minggu, training dulu 1 minggu, terus nanti diuji coba selama 3 bulan si Dok, tapi diganti sama HCA senior. Membantu sih, saya sih merasa dibantu banyak kalau ada HCA. Jadi yang seharusnya kita kerjakan, kan perawat banyak nih pekerjaannya, jadi ada beberapa yang bisa di- <i>handle</i> , sama HCA, yang kayak nganterin radiologi, mandiin pasien, tetapi dengan kondisi pasien yang tertentu.
I	Ehmm... tapi di, yang di sini juga kan, HCA atau POS ya, biasanya disebut POS, pembantu orang sakit ya, di beberapa rumah sakit disebut POS, enggak pernah dievaluasi juga kan?
Sw	Kalau kita, kan setiap mau pagi, siang, atau malam kan kita adain oper kan Dok. Pasti ditanyain sih.
I	Oh gak tapi dari manajemen secara tertulisnya gak ada evaluasi langsung ya?
Sw	Oh, kalau dari manajemen saya kurang tahu, tapi yang jelas sih mereka ada laporan ya. Siloam kan juga lumayan ketat untuk laporan-laporan gitu, apalagi mereka kan mempertahannya tentang <i>service excellence</i> -nya kan. Jadi kita kalau ada komplain sedikit kan dirunut tuh, kenapa, makannya dari siapa, jadi ketawan nih HCA, pearawat atau dokter. Kalau HCA jadi kan ada

	ininya...
I	Kalau HCA mereka ngerjain apa jadinya?
Sw	HCA? Biasanya kalau pagi mereka bantu mandiin, nganterin pasien yang ke radiologi, gitu, atau bantuin pasien jemur-jemur, sama ambilin makan pasien kalau selesai. Gitu sih Dok. Yang jelas sih mereka yang menjaga kebersihan di ruangan pasien.
I	Sangat membantu lah pasti..
Sw	Iya..
I	Karena gimana kita yang kerjain semua..
Sw	Iya, kayak mandiin pasien lumayan Dok, kalau..
I	Bisa 15 menit lebih..
Sw	Iya, kalau pasien yang banyak tempelannya kan agak lama kalau sendiri. Agak susah kalau sendiri, tapi dengan dibantunya HCA ini kita jadi cepet. Jadi yang 15 jadi 10 menit, jadi gitu sih Dok.
I	Kalau pemberian obat tapi gak ya?
Sw	Oh gak..
I	Makan juga enggak kan?
Sw	Makan..kalau pasien ada keluarga, kita edukasi keluarga pembantu. Kalau total kan biasanya NGT, jadi ya kita tetap.
I	Oh, kalau NGT iya tetep. Intinya kalau ada kegiatan langsung ini, tetap dari perawat ya.
Sw	Intinya kalau makan pasien tuh kita libatkan keluarga sih dok, tapi kalau untuk bersihinnya, kita minta tolong HCA. Tolong bantuin bersihin ini, gitu sih Dok.
I	Oh iya.. Tadi balik ke RS A1 2, berarti kalau selama ini untuk setiap kegiatan ada datanya gak ya?
Sw	Ada sih Dok.
I	Maksudnya siapa yang terlibat, kemudian berapa orang yang dilayani.
Sw	Baik, data tim atau ini..?
I	Ya, data tim yang terlibat, misalnya berapa orang gitu kan, terus data orang yang dilayani.
Sw	Oh, jumlah pasien yang kita layani setiap daerah, ada Dok.

I	Dari awal?
Sw	Dokter mau minta dari tahun berapa nih?
I	Ya, saya sih kalau bisa dari awal ya gak apa-apa. Tapi saya enggak tau, maksudnya data di sini..ee..gini kalau datanya ada, selama ini data ini pernah dipake gak?
Sw	Data....kalau tim itu data ada dan itu pasti akan dipake terus, karena orangnya kita udah tahu yang enak mana, yang bisa kerja mana, kita pasti akan pilih dan sortir juga, itu pasti ada Dok, dan setiap pulau pun, tiap daerah pun itu berbeda-beda. Nah untuk data pasien, sih ada juga semuanya, yang dipake, dipake ini maksudnya untuk apa ya Dok?
I	Ya, selama ini data tersebut, digunakan untuk apa? Apakah hanya ya udah lah yang penting saya catet aja.
Sw	Oh, selama ini sih yang penting ya udah pencatatan selesai, gak ada yang evaluasi gitu sih Dok, pun yang buat laporan itu kan adalah koordinator lapangan. Koordinator lapangan memberikan catatan jumlah pasien yang kita layanin, dan kira-kira apa nih evaluasi kegiatan lapangan ini tapi setelah itu kayak gak ada tindak lanjutnya, gitu dok. Hanya sebatas formalitas bahwa kita harus ngumpulin, gitu aja. Yang kaya gitu, kita gak ada Dok.
I	Tapi laporan itu termasuk jumlah tim yang pergi.
Sw	Kalau dokter butuh itu nanti mintanya ke coordinator sebentar ya.
I	Boleh kalau itu. Nanti kalau ini sekalian ini saja, saya bantu, itu berarti kan sifatnya masih per laporan kan?
Sw	Iya, per laporan.
I	Nanti saya bantu, bantu rekapin juga gak apa-apa. Jadi, datanya kepake (tertawa kecil)
Sw	(tertawa kecil) ya selama ini sih, ini hanya sebatas formalitas. Kita ngumpulin ya kita kumpulin tapi dari pihak kantor tuh kayak, kayak belum, kayaknya sih belum, ada input lagi ke kita supaya pelayanan tuh seperti apa lagi.
I	Ya kadang-kadang ketutup sama kerjaan lain juga (tertawa kecil).
Sw	Ya Dok, karena yang di sini satu orang aja udah megang berapa.. Makanya.. (tertawa kecil)
I	Justru itu. Makanya saya dari awal pikir, apa yang bisa dikerjain supaya bermanfaat untuk di sini juga, gitu. Jadi kalau pun ada data, ya data ini kan manfaatnya apa, gitu. Kalau saya ada data, terus saya tulis disertasi gini, gini, menurut saya enggak..enggak berguna juga, gitu. Ngapain, orang kampus, ngapain bacain gitu, dia gak bakal bacain juga data ini, tanggal

	segini, pergi ke sini, mereka enggak, enggak peduli juga kan.
Sw	Iya..
I	Tapi kan kalau dari kita, kita bisa tahu, oh yang pergi timnya segini, segini, apa yang bisa kita bikin..
Sw	Butuh sih Dok itu (tertawa kecil)
	(end)

Doctorshare Interview Transcript - with Angelina Vanesa

Legend:

Interviewer (I) = Fushen

Interviewee (A) = Angela Vanesa

A:	Sebelum masuk rumah sakit, jadi kalau untuk dokter umum saya sih rasanya gak pernah ada kesulitan. Cuma kalau yang spesialis ini, pernah tuh ada momen, misalnya waktu itu ada PIT misalnya bedah, waktu itu dokter spesialis kan pada pergi, nah kita cari di sini, cari di situ semua pada pergi.
I:	Oh.. hmm..
A:	Terus kalau yang rutin susah tuh sebenarnya dokter anastesi.
I:	Oh, anastesi.
A:	Itu yang rutin susah. Jadi kadang tuh dapet seringnya tuh penata anastesi.
I:	Oh pake penata anastesi ya..
A:	Iya. Karena kayaknya mungkin dokter tenaga spesialis anastesinya juga sebenarnya masih kurang ya di Indonesia, saya pikir, kalau bedah kan sudah lumayan kan.
I:	Iya sih.
A:	Cuma yang bikin tiba-tiba mendadak tiba-tiba gak bisa tuh cuma kalau ada kayak momentum nasional, kayak gitu.
I:	Hmm.. cuma kalau anastesi dengan penata selama ini ketika dijalankan, gak masalah kan ya Dok ya?
A:	Hmm gak masalah sih. Kita itu kalau penata, kita itu beraninya yang rata-rata sudah kita sering pakai, yang sudah jadi relawan. Jadi kita tahu <i>skill</i> -nya, kapabilitasnya karena kalau yang baru-baru kita juga agak khawatir. Kalau pun kalau ada penata anastesi yang kita pakai baru, biasanya kita usahakan ada spesialis anastesinya.
I:	Oh, oke oke oke.
A:	Karena kita belum tahu penatanya gimana. Karena kemarin sempat dapat penata yang kayaknya tidurnya kurang dalam, terus pasiennya masih nyeri-nyeri jadi bedahnya itu komplainnya kan ke kita, ke koorlapnya kan, arena kerjanya jadi gak enak.
I:	Kalau untuk tenaga non dokternya Dok?
A:	Hmm..dalam satu kali pelayanan medis itu kan kita sedikit kali pakai non dokter. Biasanya terutama untuk media ya untuk dokumentasinya..

I:	Ehmm..
A:	Sedangkan, kalau yang lebih suka, saya pribadi, walau yang di apotik, saya lebih suka itu, kalau bisa itu sudah dokter umum minimal karena kalau dokter umum saya bisa pakai dia tarik-tarik ke bedah minor, bedah mayor tapi kalau misalnya itu perawat atau co-ass kan jadinya saya lebih susah kan. Padahal kita punya kuota sekali berangkat kan 20, 22, 20-22 orang misalnya gitu kan.
I:	Oh, jadi kalau yang di farmasi gitu memang bukan, bukan apoteker atau asisten apoteker ya Dok?
A:	Itu kalau saya yang memegang ya karena waktu itu saya juga posisi tidak terlalu kenal banyak apoteker. Nah, sekarang ini kan saya sudah agak jarang pegang RS A1 ya, tahun ini aja hanya satu kali. Nah, temen-temen kita tuh udah ada apoteker, udah ada link apoteker, jadi mereka misalnya untuk apotek mereka suruhnya apoteker sih.
I:	Oh...
A:	Tapi pertimbangan saya dan beberapa teman saya, minimal kita DU lah kalau ini. Soalnya kalau DU bisa kita tarik kalau minor kurang, kalau mayor kurang orang gitu. Jadi menurut kita bisa kita optimal kan.
I:	Bisa merangkap gitu ya?
A:	Iya, ehmm, tapi saya gak, maksudnya bukan <i>underestimate</i> profesi lain juga sih cuman memang waktu itu pas saya yang masih sering pegang, saya koneksi ke apoteker juga kurang, lebih sering dapet dokter umum dan atas pertimbangan dokter umum saya masih bisa lebih tarik-tarik, seperti itu.
I:	Kalau dari masyarakat setempat Dok? Dilibatkan gak?
A:	Ya, biasanya kalau bisa, daerahnya memungkinkan, ada mantrinya, biasanya kita libatkan walau hanya di pendaftaran atau jadi <i>translator</i> , pokoknya sebisa mungkin kalau ada tenaga bantuan lokal itu kita gandeng sih, supaya mereka merasa juga gak tersingkirkan dengan ada kita, gitu kan. Terus udah gitu, terutama untuk kendala bahasa daerah biasanya yang susah nya.
I:	Tapi mereka biasa gak ikut di mayor minor ya Dok?
A:	Ee..tidak selalu bisa ikut ke kapal, karena paling seringnya bisa ikut di BP, BP itu pasti kita pasti di bawah ya maksudnya gak mungkin kan pasien BP banyak begitu naik ke kapal.
I:	Iya
A:	Kalaupun kalau ada naik sampai mayor sama minor, ada tapi tidak sesering ini karena takutnya mereka itu juga belum terlalu bisa memahami, apa, steril dan non sterilnya, kalau di mayor kita takutnya kan itu juga kan.

I:	Oh tapi Dokter pernah ada melibatkan orang lokal untuk..?
A:	Ya, tapi kalau sampai masuk mayor minor itu <i>at least</i> adalah perawat ya, perawat puskesmas atau apa kalau masyarakat lokal biasa sih bantu kita di pendaftaran, itu biasanya sih di bawah doang, maksudnya di luar kapal ya.
I:	Oh jadi kalau mereka masuk ke kapal juga mereka yang tenaga kesehatan gitu lah ya, dokter, perawat..
A:	Bidan, mantri gitu lah, perawat, sama dokter-dokter yang wajib bertugas di tempat tersebut.
I:	Oh, kalau dari hmm yang di bawah berarti waktu di balai pengobatan, keterlibatan mereka umumnya, biasanya di mana Dok? Di pendaftaran kah, atau di?
A:	Pendaftaran tuh pasti, itu nomor satu. Kita biasanya kalau bisa garis depannya mereka.
I:	Hmm..
A:	Karena kadana-kadang itu susahnya antrian adalah nama itu dengan marga-marga setempat kan, itu yang kadang masih asing di kita. Jadi nanti kita, hah, namanya nih siapa ya, misannya Yeni Ngardingan, nanti bingung penulisan ngardingannya gimana, jadi pasti di pendaftaran. Kedua itu di alur pasien, jadi ada yang nunjukin nih dari pendaftaran Ibu kesini ya ke tensi, dari tensi ke dokter ya dari dokter ibu ke apotek, itu alur pasien. Terus ke... berikutnya sih di apotek juga biasanya kita pake.
I:	Kalau dipake di apotek tuh, backgroundnya apa tuh Dok?
A:	Ya, biasanya minimal sih perawat. Pernah kita akper juga, tapi itu bener-bener kita sambil supervisi sambil kita dengerin karena takutnya kalau akper dia masih salah, masih bingung-bingung 3x sehari sesudah atau sebelum makannya, gitu sih.
I:	Oh kalau di apotek berarti untuk ini ya, untuk penyerahan obatnya?
A:	Ehmm..biasanya untuk penyerahan obat, karena di situ juga yang biasa terkendala sama bahasa kan. Kita pernah yang di Papua tuh, kita gak ngerti bahasa Indonesia, (tertawa kecil)
I:	(tertawa kecil) Iya. Tapi untuk persiapan obatnya kita sendiri ya?
A:	Biasa kan obat kan udah siap dari Jakarta, satu kali, awal tahun sebelum berangkat.
I:	Oh gak, waktu <i>dispensing</i> -nya..
A:	Waktu ditempatnya sih memang langsung kita siapin obatnya terus mereka kita briefing, nih list obatnya ini-ini doang, gitu sih briefingnya.

I:	Oh, gak maksudnya si masyarakat lokal, si masyarakat lokal itu tidak dilibatkan untuk mengambil obatnya kan? Maksudnya yang mengambil obat, misalnya yang menyiapkan resep dokter itu dari tim internal..?
A:	Iya, biasanya dari tim doctorshare, kalau kita kekurangan kalau bisa yang bantu kita perawat dulu untuk ngambil-ngambilin sama nulis 3x sehari, 2x sehari, nanti yang nyerahin yang lebih, yang lebih ini paling akper kalau memang ada akper, tapi kalau akper sebisa mungkin gak kita suruh translate dari resep ke ngambil obat sih, takutnya ada kesalahan juga.
I:	Iya, iya sih, oh, kalau untuk RS A3 dokter pernah terlibat gak Dok?
A:	Pernah 1 kali waktu <i>pre-pilot</i> yang di Kalimantan.
I:	Oh yang di Samarinda itu ya.
A:	Ehmm..
I:	Tapi itu belum.. Rawat inap kan ya?
A:	Belum. Tapi waktu itu ada sih..waktu itu ada operasinya, cuman kan setiap operasi cuman ODC kan, cuma 1 hari observasi terus dioper ke puskesmas, gitu-gitu sih.
I:	Jadi masih mirip dengan yang RS A1 ya?
A:	Iya, iya, sampai sekarang kan baru di Palu ya ada rawat inap, tapi saya gak terlibat yang di Palu.
I:	Waktu itu yang di Palu siapa ya Dok ya?
A:	Dokter Stevani, yang kemarin harusnya ada terus tuh di RS A3.
I:	Oh, yang koorlap-nya dr. Stevani?
A:	Iya, pemegangnya RS A3 dr. Stevani itu.
I:	Oh, saya kemarin lupa tanya ya. Kemarin sih saya ketemunya dr. Rey, Julia. Biasanya sih saya biasanya kontakannya sama ini, sama Stanley sih. Stanley itu kan yang ngikutin RS A3.
A:	Nah, Stanley itu dulunya sempet pegang RS A3 lalu dioperkan ke dr. Stevani. Lagian kalau soal medis dr. Stevani-nya lebih tahu sih ya, kalau yang itu lebih ke alat-alat medih atau apa karena yang Stanley apoteker ya.
I:	Iya, iya, iya. Oh, sekarang dengan dr. Stevani ya.
A:	Ya, dari sejak yang Palu itu, kalau waktu <i>pre pilot</i> -nya itu masih Stanley waktu itu yang pegang.
I:	Oh, iya-iya, nanti saya coba kontak mereka lagi deh.

A:	Nanti saya bisa kasih kontaknya dr. Stevani kok. Beliau ada terus di kapal kalau memang lagi mau ketemunya di kapal sekalian.
I:	Boleh-boleh.
A:	Tidurnya di kapal soalnya.
I:	Oh gitu (tertawa kecil) boleh, boleh nanti saya kontak juga.
A:	Cuman itu saya ada pertanyaan dokter ya, yang kayak standarisasi atau kualifikasi karyawan, itu sih terus terang sampai saat ini kita belum ada yah.
I:	(tertawa kecil) Jadi mungkin selama ini yang dicari hanya dokter bedah, gitu, dokter anastesi, dan dokter umum, hanya kelompok-kelompok gitu Dok?
A:	Itu yang kesulitan. Obsgyn juga dicari sih, sama dokter gigi mulai sering nih belakangan ini. Dulu awal-awal belum karena belum ada kenalan juga yang mau rutin ikut.
I:	Oh gak, maksud saya waktu kita mencari tim, tim relawan untuk pergi, yang di- <i>plotting</i> hanya berdasarkan profesinya aja kan? Bahwa ini kami akan pergi ke sini, membutuhkan profesi ini.. Ini.. ini..
A:	Iya, iya..
I:	Tidak sampai ada hmm..paa persyaratan khusus
A:	Iya, cuma ada, dokter spesialis bedah 1 orang, terus apa berapa orang gitu.
I:	Oh...
A:	Cuma STR gitu-gitu kita tanyain sih, karena ada dinas kesehatan setempat, STR kita dilampirin semua fotokopiannya
I:	Oh, iya-iya..
A:	Gitu. Terus metodenya itu sih ganti-ganti ya, belum ada standarnya juga. Jadi pernah kita posting di Facebook-nya doctorshare, mau ke tempat A nih tanggal sekian-sekian, terus pernah kewalahan karena itu, ada banyak, kita gak kenal sama sekali akhirnya kayak takut kan, kita gak ngerti orangnya kayak gimana, jangan sampai nyusahin nih di tempat terpencil. Jadi sekarang yang lebih banyak kita pakai sih biasanya dari teman ke teman atau relawan yang dulu-dulu udah kita pake terus punya kenalan, atau dianya yang kita udah tau cara kerjanya.
I:	Oh jadi lebih mengutamakan yang ini dulu lah ya, kalau bisa yang sebagian udah pernah ikut
A:	Sedangkan kalau baru, kita tau linknya rekomendasi apa, karena kan kita sudah berjalan beberapa tahun ini. Kadang-kadang kalau yang benar-benar gak kenal tuh, di sananya kaya patologis gitu lho, malah ngerepotin, malah

	kayak gak mau bawa barang sama-sama, ngerasa dia dokter. Ada yang pernah sampai bawa masker-masker segala, maksudnya kan gak bisa gitu lho. Kita di sana tidur aja kadang-kadang kurang.
I:	Iya, iya, betul, betul.
A:	Kan maksudnya malah bikin stress sendiri mending gak usah ikut, begitu (tertawa kecil). Jadi memang standarnya belum kita ada tapi metode kualifikasi, standarisasinya tuh koorlap per koorlap ya, gitu.
I:	Tapi biasa pernah, pernah kelebihan gak sih Dok? Misalnya kita butuhnya 5 ternyata yang daftar 8.
A:	Pernah. Bedah pernah, misalnya yang butuh 2 yang ada 3. Ya antara sudah kita tolak, kita cepet-cepetan siapa ya atau kalau kita ada mau dokter bedah yang baru yang ikut, supaya itu buat ke depannya nanti kita pake, kita lihat dulu sekarang sih, akhirnya pernah nih dibawa 3, itu pernah.
I:	Oh..
A:	Pernah melebihi dari yang seharusnya penting kuotanya yang kita berangkatin dari Jakarta tidak melebihi 20-22 itu lho.
I:	Oh, jadi total-totalnya ya?
A:	He eh. Kenapa misalnya saya bisa ambil yang 3 orang itu ya, bedahnya, jadi ternyata dokter umumnya banyak yang dari lokal.
I:	Oh..
A:	Jadi kuotanya mereka yang saya gak berangkatin dikit saya bisa berangkatin dokter bedah 3, dengan alasan ini yang 3 orang ini ada yang baru nih biar bisa lihat juga kedepannya orangnya kayak gimana. Gitu. Kalau skill kita gak bisa ngomong ya, karena saya sendiri juga dokter umum. Cuman kadang-kadang memang yang saya bisa lihat tuh, ada beberapa dokter bedah tuh yang kayaknya pengennya kayak liburan. Jadi, sering nanti nolak-nolak pasien dengan alasan yang dibuat-buat, kayak gitu-gitu sih sih yang bikin kita mungkin gak ajak lagi. Kalau skill sih kita gak bisa bilang, malah kitanya malah dokter umum kan.
I:	Iya, dan kita juga gak tau ya, waktu dia kerja di situ kan gak bisa kita nilai bagus gak bagus.
A:	Iya, tapi sih gini, biasanya kan perawat bedahnya, perawat anastesinya yang kita udah kenal, kita suka minta pendapat sih gimana, maksudnya orangnya kayak panikan, yang kerjanya modal nekat, yang gitu-gitu ada sih dok sebenarnya. Modal nekat yang membahayakan kitanya juga kan. Karena apa-apa itu koorlap tanggung jawabnya.
I:	Ohh..

A:	<i>Even</i> koorlap itu bisa nolak pasien kalau misalnya gak <i>safety</i> . <i>Even</i> spesialis itu harusnya nurut sama kita koorlapnya.
I:	Oh jadi sebetulnya untuk satu, satu pelayanan medis nih, otoritas tertingginya nih si koorlap.
A:	Koorlap. Ehmm, <i>even</i> dr.Lee ikut, dr. Lee harus ikut kita sebenarnya, udah misalnya kita jatahnya segini walaupun nanti masih ada nego-nego di tempat. Kalau dr.Lee soalnya biasanya suka maunya banyak, cuman kan kita suka batasin pasien supaya bisa istirahat, temen-temen juga kan butuh istirahat, gitu kan.
I:	Koorlap ini berarti menentukan sejak, sejak rekrutmen ya? Sejak cari..
A:	Ya,biasanya koorlap, ketika saya didaulat, saya akan tunjuk tim itu. Nih ke Kei, pulau Kei, berarti saya yang akan nyusun siapa yang jadi koorlap mayor, minor yang gitu-gitu. Terus di mayor itu, sebenarnya kan ada koorlapnya juga, jadi sebenarnya dia kan yang tahu dong, kan gak mungkin koorlap besarnya ini keliling-keliling, jadi kalau ada masalah di mayor, kalau butuh <i>advice</i> dari koorlap besarnya, baru nanya ke kita. Kayak misalnya dianya ragu-ragu, kok pasiennya Hb-nya segini nih 10-an atau apa kan, antara mau operasi atau enggak, sedangkan kita gak sedia darah, nah itu biasanya kita bisa konsulin lagi ke paling besarnya sih koorlap tertingginya itu.
I:	Oh..
A:	Kalau kita mau main aman yaudah lah gak usah, misalnya pasiennya udah tua kayak gini-gini kan, daripada risiko di meja operasi.
I:	Oh, oke-oke.
A:	Jadi kita yang bisa harus jelasin ke operatornya. Secara operator sih mungkin mau tapi kita bilang untuk <i>safety</i> -nya semua sama-sama.
I:	Oh, oke-oke. Terus kalau dokter sekarang jadi in-charge di yang panti rawat gizi Dok?
A:	Iya, pulau Kei. Tapi saya....
I:	Itu sejak kapan Dok?
A:	Sebenarnya saya dari 2014 sudah pegang itu. Pantinya sendiri sih adanya dari 2009. Program pertama Doctorshare tuh malahan panti. Cuma saya di situ 2014, sempat vakum dari 2016, 2018 baru aktif lagi karena hamil sama ngelahirin kan.
I:	Oh oke-oke. Jadi, sekarang sehari-hari kebanyakan di?
A:	Banyakan di Kei. Saya kurang lebih sekitar 3-4 minggu di Kei, di Jakarta paling 1-2 minggu.

I:	Oh.. Kalau panti rawat gizi tuh, hmm, ada dokter umumnya juga berarti?
A:	Hmm, iya, cuma sekarang panti rawat gizinya tuh lagi vakum dari bulan Oktober tahun lalu karena kita lagi gak dapet petugas gizi, jadi yang lagi jalan di Kei itu, klinik rawat jalannya, umum.
I:	Oh, gimana Dok, panti rawat gizinya gak jalan karena?
A:	Tidak ada petugas gizinya kan. Kita dapet ini, kunjungan dari petugas dinas kan, kalau gak ada petugas gizi kamu gak bisa nge-klaim kamu panti rawat gigi, padahal aku udah bilang, kan ada supervisi dokter umumnya kenapa gak boleh, ya tapi ya intinya gak boleh, ya kita vakumin dulu sambil nyari. Akhirnya itu bangunannya saya aktifin jadi klinik rawat jalan. Nah, berjalannya klinik rawat jalan yang lagi aktif.
I:	Oh, kalau selama ini memang ada petugas gizinya?
A:	Hmm, selama ini ada tapi kita pinjam dari puskesmas.
I:	Oh...
A:	Jadi kan <i>double job</i> gitu, tapi katanya sekarang kan udah gak boleh PNS <i>double job</i> di swasta atau gimana gitu, sejak saat itu ya kita jadinya susah karena kita selama dari 2009 itu, kita pasti petugas gizinya, petugas gizi puskesmas.
I:	Oh, tapi waktu itu, kalau pun dia dari 2009 itu <i>double job</i> , sebetulnya ada waktu-waktu di mana bukan dia yang ngerjain kan berarti?
A:	Hmm.. petugas gizinya sih waktu itu kita adanya 2 orang, jadi bisa gantian, plus kalau skrining turun lapangan, saya pernah ngelakuin juga. Saya kerja di puskesmas, di atas jam 2 udah free kan, jadi saya turun sendiri. Nanti kalau saya dapat pasiennya, pokoknya saya tetap <i>refer</i> urusan makan dan sebagai-bagainya ke petugas gizinya.
I:	Oh...
A:	Sebenarnya bisa <i>ke-handle</i> sih Dok. Dia kan bisa <i>visit</i> -nya sebelum jam puskesmas atau sesudah jam puskesmas. Cuma katanya sekarang benar-benar gak boleh <i>double job</i> itu, makanya kita sekarang kewalahan, mau ambil dari Jakarta, gak dapet-dapet kalau ngomongnya di Maluku, orang udah pada takut.
I:	(tertawa kecil)
A:	Ehmm, saya dapat izin ke Maluku aja 2 tahun Dok baru boleh.
I:	Oh.. jadi dokter cari petugas gizi S1 atau D3 Dok?
A:	Apanya Dok? Sorry.

I:	Cari petugas gizi itu S1 atau D3?
A:	D3 masih oke sih, yang penting ada dulu sih.
I:	Oh boleh nanti kalau itu, nanti saya tanyain temen-temen yang gizi, kalau punya, ada <i>link</i> -nya lah kalau kita teman-teman anak-anak..
A:	Kemarin sih sempat ada 1 baru lulusan gitu. Bukan kemarin sih, Juni sekitar Juni tahun ini. Eh, saya udah aja pelmed dulu kan, pelayanan medis, eh anaknya sih oke, orang tuanya gak ngasih.
I:	Wah biasa itu (tertawa kecil)
A:	Iya.. karena kesannya jauh, terus gak tau, anak perempuan lagi (tertawa kecil)
I:	Biasa sih. Gak apa-apa nanti saya coba tanya teman-teman yang.., saya ada beberapa kenalan gizi sih. Mungkin biasa kan, anak-anak adik-adik kelas kan ada yang mau.
A:	Ehmm..sama itu sih dok, per Januari nanti rawat gigi-nya sudah aktif, kemungkinan kalau Dokter ada kenalan dokter gigi, kita mau <i>hire</i> per 3 bulan sih.
I:	Oh, gigi. Gigi, gigi nih agak-agak, gampang-gampang susah ya.
A:	Iya. Makanya saya lagi sounding ke semua yang saya kenal lah, siapa yang bisa ngasih.
I:	Oh tapi bisa sih Dok. Saya ada ini sih, ada grup dokter gigi juga ada. Ada-ada, malah harusnya lebih mudah lah. Misalnya ada temen koorlap yang butuh untuk RS A1, juga bisa tuh. Soalnya kita waktu itu, kita ada grup dokter gigi yang mereka memang kalau ada bencana, mereka turun. Ada ini, ada komunitasnya Dok.
A:	Ehmm..boleh, boleh, saya juga ini maunya per 3 bulan dulu, kalau mau yang per setahun sih bagus, karena agak susah, dokter umum aja saya dapetnya per 3 bulan doang, Dok.
I:	Iya mereka ada, biasanya mreka untuk baksos, dan biasa karena mereka komunitasnya nasional, nanti mungkin kalau ada yang dekat-dekat situ kan mungkin lebih enak, lebih enak gitu.
A:	Hmm, jadi lebih enak ongkos Dok, bener Dok.
I:	Mungkin bisa gak di Maluku, apakah dari Makassar, apa dari mana. Gak apa-apa nanti kalau misalnya ini, eeh, kalau Dokter bikin pengumuman by WA gak apa-apa Dok.
A:	Iya, nanti saya siapin deh.

I:	Nanti saya share.
A:	Tenang Dok kalau udah kenal saya, biasanya diteror ini kalau butuh orang.. - --end

Doctorshare Interview Transcript - with Christiani

Legend:

Interviewer (I) = Fushen

Interviewee (C) = Christiani

I:	Saya mau nanya tentang itu Dok, yang Dokter kan beberapa kali menjadi koorlap di RS A1 ya waktu itu?
C:	Iya, RS A1. Eh, emailnya sudah selesai sih, nanti abis ini ya aku kirim.
I:	Oh, boleh-boleh, <i>thank you, thank you.</i>
C:	Gimana-gimana?
I:	Saya cuma mau tanya secara umum sih, apakah selama ini ada kesulitan mencari SDM? Baik dari jumlah, ataupun dari kualifikasinya gitu..
C:	Hmm.. sulit ya sulit sih. Kalau dibilang sulit ya lumayan.
I:	Sulitnya gimana tuh Dok?
C:	Karena kan biasanya memang, kualifikasinya berdasarkan <i>jobdesc</i> masing-masing kan. Hmm.. udah ada nih, biasanya kan kita pakai anastesi, dokter bedahnya sekalian, 1 tim lah pokoknya, sulitnya ya yang pasti ini sih nentuin jadwalnya. Karena kita kan relawannya relawan murni kan, volunteer gitu kan, dan itu mereka harus nyocokin sama jadwal mereka di tempat mereka kerja asalnya itu. Lebih sulitnya kesitu sih, ke pencocokan jadwalnya.
I:	Oh, tapi pernah gak ada kekurangan tenaga dokter, atau dokter bedah,..?
C:	Dari beberapa kali saya koorlap-in, gak kalau kekurangan, kalau kesulitan jadi kayak sampai akhir mau berangkat mepet, mepet-mepet baru dapet ya ada. Terkadang kita misalkan mau ke daerah timur, kita harus ngedatenginnya yang bukan dari daerah Jakarta, dari daerah yang berbeda, manggil dari tempat lain, rata-rata gitu ada.
I:	Hmm.. Kalau anastesi Dok? Kalau anastesi apakah selalu pakai dokter anastesi atau pakai penata?
C:	Selalu pakai penata sih, sempat juga eaktu itu pakai dokter anastesi tapi bukan saya koorlap-nya tapi selama ini sih pakai penata sih.
I:	Oh, tapi selama pakai penata, dokter pernah ada masalah atau komplain dari operatonya gitu?
C:	Hmm, gak ada. Nah, itu juga kualifikasi yang dibutuhkan memang yang penatanya juga yang biasa kita cari yang memang sudah biasa bukan yang asal dia penata kita ajak juga, soalnya kita <i>gambling</i> juga kan kalau kayak gitu. Biasanya kita juga tanya, oh yang sudah biasa atau ada rekomendasinya.. Biasanya kita dari mulut ke mulut juga, kita dikenalin, oh

	yang ini enak. Jadi sebelum berangkat itu juga dibriefing juga, oh peralatan kita seperti apa terus keadannya di sananya gimana. Nah, biasanya ada operan dari sesamanya juga.
I:	Maksudnya operan?
C:	Jadi gini, kan prosedurnya itu tidak mungkin sama di rumah sakit, karena satu, peralatannya pasti gak sama kan.
I:	Iya
C:	Terus sama kondisinya di sana yang harus kadang kita modifikasi, kadang kita harus ehh..yang gak baku seperti di rumah sakit, alatnya harus canggih-canggih segala macam, enggak gitu...
I:	Hmm..
C:	Kita alatnya, alat standar sederhana, nah itu. Jadi ketika kita di lapangan kan itu ada permasalahan pasti harus modifikasi dong.
I:	Iya
C:	Gitu sih..
I:	Oh, maksudnya operannya dari siapa ke siapa Dok?
C:	Operannya ya dari misalkan, oh misalkan dulu kan saya gak langsung koorlap nih, saya pernah mengalami jadi asisten, misalkan jadi asisten itu kan nyiapin alatnya, oh saat itu saya pasti ditanya dong, oh alatnya dimana, sterilin alatnya gimana, sampai prosedur cuci tangannya pun, kita gak punya tempat cuci tangan yang seperti di rumah sakit besar, ada air mengalir bla bla bla.. Nah itu kan, kita ada siasat-siasat tersendiri, nah itu sih.
I:	Oh..
C:	Maksudnya operan prosedur, secara teknisnya itu jalannya gimana. Nah itu. Biar yang ini pun punya gambaran.
I:	Oh gitu. Kalau misalnya dari hmm.. Masyarakat atau tenaga setempat ada yang diberdayakan gak dok selama di pelayanan? Baik di baksos, minor, mayor.
C:	Rata-rata sih kita kerjasama ya, diberdayakan sih rata-rata.
I:	Hmm, yang memang mereka backgroundnya memang tenaga kesehatan, atau mereka dari masyarakat lokal, atau dari gimana Dok?
C:	Kan kita bisa partner itu medis dan non medis, ya kalau merekanya siap membantu ya akan kita ajak kerjasama. Bisa medis, bisa non medis tapi entar pada prakteknya ya kita sesuaikan, misalkan dia medis, akan kita tempatkan sesuai mereka bisa masing-masing. Kadang kan begini oh saya

	biasa perawat IGD, oke, perawat IGD saya biasa tindakan, oh ya udah kita bisa kok misalkan bantu-bantu di minor, gitu.
I:	Ohhh...
C:	Atau saya hanya ehh.. Saya bidan nih, paling kan kalau bidan kan gak bisa seperti perawat yang ini kan, yaudah paling kita berdayakannya di tensi, karena kan tidak selalu familiar dengan alat-alat seperti minor. Nah, gitu aja.
I:	Kalau yang non medis diberdayakannya bisa di mana Dok?
C:	Di non medis itu biasanya kader-kader. Di non medis itu misalkan untuk cari pasien, bisa untuk <i>connecting</i> , oh misalkan.. dari bahasa kan beda kan kadang-kadang kan?
I:	Iya
C:	Nah itu kayak penghubung kita sama merekanya gitu.
I:	Oh... kalau untuk satu pelayanan itu ada standarnya gak sih Dok? Atau ada.. Ada <i>briefing</i> gak sih? Ini lho yang mau kita kerjakan ini, ini gitu. Kepada tim gitu. Apa ya.. Apa ya ada mekanisme yang tertulis gitu, mereka bisa baca, atau hanya <i>briefing</i> lisan aja sesuai kondisi...
C:	Briefing lisan sih biasanya
I:	Ohh, jadi tergantung dari koorlap-nya ya bias ya.
C:	Ehm..tergantung dari koorlapnya. Kalau saya sih selama ini gak pernah, gak pernah yang harus oh ini <i>jobdesc</i> -nya ini, ini, ini. Secara lisan, kan sebenarnya ada koornya masing-masing kan, nah koornya itu biasanya rata-rata sudah pengalaman 1-2 kali, jadi mereka sudah punya gambaran nih, oh <i>jobdesc</i> -nya seperti ini.. gitu.
I:	Oh...
C:	Minimal koornya tahu dulu, nanti koornya briefing ke masing-masing juga. Ada briefing besar, makanya nanti saat kegiatan berlangsung kan, koor masing-masing, mayor, minor, bisa ngikutin flownya juga bisa ngatur kan.
I:	Jadi, jadi sekarang mekanisme yang ada sebetulnya eh.. Lebih ke turun temurun gitu Dok? Hmm ini lho sebelumnya kita ngerjain ini, ini, ini maka berikutnya, regenerasinya lebih ke arah, orang yang diregenerasikan memang yang sudah pernah ikut sebelumnya, gitu kira-kira ya Dok?
C:	Iya, karena kalau belum pernah, bukan berarti gak bisa ya, kalau belum pernah bukan berarti gak bisa, tapi kalau misalkan sudah pernah, sudah ada bayangan, sudah ada gambaran. Minimal tipe orangnya tuh, sudah tahu dulu, sisanya yang lain mau regenerasi volunteer baru ya gak masalah gitu.

I:	Oh... enggak, maksud saya berarti sebetulnya ini tidak terstruktur secara formal kan?
C:	Oh gak ada..
I:	Misalnya ini lho koorlap, misalnya oh untuk satu pelayanan, okelah ada koorlap, terus ada...
C:	Oh itunya ada, itunya ada. Jadi misal kan, satu pelayanan itu, tergantung, tergantung ya itu tadi pelayanannya itu di sana kita mau melakukannya apa. Misal kan minor doang, orangnya berapa, kalau misalkan minor, mayor, dengan BP, ada susunannya berapa orang. Itu, ada.
I:	Oh... tapi untuk teknisnya..
C:	Bagiannya ada..
I:	Untuk teknisnya, teknis BP, minor, mayor itu sesuai dengan yang biasa dikerjakan kan?
C:	Hmm.. maksudnya teknis apanya?
I:	Teknis pelaksanan. Misalnya, ini lho umpamanya misalnya pengobatan massal, oh pengobatan massal yang dikerjakan pertama, oh pendaftaran, segala macam, itu yang memang biasa dikerjakan tidak secara tertulis..
C:	Tertulis gitu?
I:	Terstruktur kan? Maksudnya terstruktur secara formal tapi karena.. Oh memang saya biasa kok mengerjakan berkali-kali, yang dikerjakan seperti ini maka saya mengerjakan begini. Gitu kan?
C:	Saya sih selama ini gak menemukan adanya struktural tertulis harusnya seperti apa sih, gak pernah. Karena kan saya juga hanya volunteer nih. Saya gak tahu kalau misalkan memang di kantor ada. Cuma kadang juga ada, senior, bukan senior, yang sudah berkali-kali kan..
I:	Iya..
C:	Nah, jadi maksudnya memang ada orang kantor sendiri yang pasti ikut, rata-rata gitu biasanya
I:	Oh..
C:	Nah kalau untuk tertulisnya, gimananya, jujur saya gak tahu ada atau enggak. CUMA memang ada seperti ini, oh misalkan BP itu kita ambil timnya kan.. Itu bagian dari, kalau BP ini.. Intinya kan mayor dan minor sama ada koor-nya aja. Ketika di lapangan ada BP itu, kan mayor, minor belum jalan kan, nah pasti akan ada misalkan oh, nantinya yang asisten mayor, masih bisa kok periksa pasien, karena kan belum berjalan.. gitu.

I:	Oh...
C:	Untuk regulasinya udah biasa seperti itu sih, tapi untuk kalau secara tertulisnya ada apa enggak, saya kurang paham
I:	Oh ya, enggak maksudnya karena Dokter udah beberapa kali jadi koorlap, berarti selama ini kan Dokter menjalani koorlap itu berdasarkan apa yang Dokter sudah ketahui kan?
C:	Ya..
I:	Bukan berdasarkan, maksudnya bukan berdasarkan dokumen tertentu gitu..
C:	Enggak sih, enggak..
I:	Ya memang..
C:	Tapi jadi kan misalkan nih, biasanya di tim itu kan ada, biasanya 1 operator mayor, asisten, terus..penata, instrumen, ehh..sirkuler, koornya, asisten koor, mayor tuh. Nanti di minor ada dua operator, dua asisten, satu sirkuler, terus ada lab, ada pj, ada koor BP sekaligus PJ apotek nah itu sih, kurang lebih kayak gitu. Konsumsi, media, gitu-gitu. Itu pasti rata-rata gitu, ehh..apa susunan timnya, jadi orang-orangnya aja yang berubah.
I:	Dokter waktu mencari, mencari orang ini, Dokter apa..Dokter tanya mereka satu per satu atau Dokter <i>open recruitment</i> atau gimana? Biasanya yang Dokter lakukan apa Dok?
C:	Hmm..kan di <i>web</i> selalu ada tuh, <i>open</i> , jadi kadang, kadang ada <i>update</i> gitu. Misalkan, biasanya yang saya lakukan, saya mencari koornya dulu.
I:	Iyalah, koornya..
C:	Nah iya kan, koornya dulu saya cari, karena dia yang harus tahu regulasinya kan. Jadi intinya yang pernah, yang sudah pernah dulu.
I:	Ya
C:	Nah ketika kita ini, baru kita ngajak, nanya satu per satu terus sama biasanya, biasanya sih kalau saya, kalau saya selalu mengajak beberapa yang baru sama sekali belum ikut.
I:	Oh....
C:	Gitu. Jadi ada regenerasi, pengenalan juga sama yang lain gitu kan, karena kalau misalkan kita mengajak semua yang baru itu sulit juga, karena medan juga belum tahu..
I:	Oh iya dong..
C:	Karena beda banget, beda banget kalau misalkan yang belum pernah, agak bingung, soalnya sama yang udah biasa, oh maunya gini..gini, oke, tinggal

	berjalan, nanti tinggal di kelompok kecil mereka ngatur sendiri lagi.
I:	Iya..kalau Dokter di RS A1 berarti ya, pernah ke RS A3 gak Dok?
C:	Gak pernah. Saya cuma di RS A, RS A1 sama 2.
I:	Oh Dokter pernah di RS A2, di RS A2 sebagai koorlap atau..
C:	Enggak. RS A2 itu.. Sebagai apa ya..ehh..koor minor ya.. Koor minor, koor BP, ya masih itu lah.
I:	Ada beda khusus gak sih Dok antara RS A1 dan RS A2?
C:	Apa khusus?
I:	Ada perbedaan khusus gak antar RS A1 dan RS A2?
C:	Enggak sih, gak ada, yang khusus bener-bener, karena kalau RS A3 itu kan beneran semi rumah sakit ya..
I:	Iya, RS A3 kan tongkang ya..
C:	Iya. Jadi ada rawat inap dan bla bla.. Kalau RS A1 dan 2 kurang lebih sama. Cuma paling kalau mekanisme, RS A2 itu ada 2 meja operasi.
I:	Oh...
C:	Untuk yang mayor. Nah, [aling itu-itu aja perbedaannya. Enggak yang terlalu mendasar banget, enggak, enggak terlalu beda jauh kayak RS A3.
I:	Oh.. soalnya RS A2 kayaknya operasional kan cuma sebentar ya Dok, gak sampai setahun kalau enggak salah .
C:	Hmm.. tapi saya sempat ke RS A2. Justru pertama kalai saat saya ikut, itu di RS A2.
I:	Oh..
C:	Baru terakhir-terakhir lebih sering, karena kan udah gak jalan kan RS A2nya, perbaikan, baru terakhir-terakhir di RS A1.
I:	Oh.. kalau Dokter juga, menentukan, menentukan apa..menentukan pelayanan dalam setahun atau ada timnya sendiri?
C:	Hmm.. enggak. Itu dari saya sih gak, karena itu kan bagian dari <i>full timer</i> dari sana ya, full timer yang di kantor tuh yang menentukan gimana-gimanya
I:	Oh iya..iya
C:	Tapi, iya kan? Tapi saya sempat ngikut survey, kalau misalkan, sama orang kantor sih biasanya. Waktu itu saya sama dr. Mieke, sama Mba Bima ya, kita ke Muna. Biasanya kadang, antara koorlap, wakoorlap, yang saya tahu

sih, ikut survey dulu ke sana, minimal kita punya gambaran kan. -end-
--

Catatan Diskusi dengan dr. Ivan Reynaldo Lubis

- Apakah pernah ada permasalahan dalam kuantitas atau kualitas/kompetensi SDM?

Tidak pernah, untuk jumlah sesuai dengan pelayanan medis yang akan dilakukan.

Kompetensi untuk mayor disesuaikan dengan spesialisasi (bedah), untuk balai pengobatan oleh dokter umum.

Untuk profesi lain yang dibutuhkan seperti analis lab RSA 3, tentu tidak dapat selalu terpenuhi dan dapat digantikan oleh dokter atau perawat yang dapat melakukan tes strip.

- Bagaimana dengan keterlibatan masyarakat setempat?

Masyarakat setempat dilibatkan bila ada dokter spesialis yang dapat memberikan pelayanan, dokter umum untuk di pengobatan masal atau bedah minor, perawat atau bidan untuk membantu di pengobatan masal (pemeriksaan tanda vital).

Kerjasama dalam hal rawat inap atau observasi setelah tindakan operasi juga dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan setempat.

- Bagaimana dengan masyarakat yang berlatar belakang kader kesehatan?

Tidak dilibatkan, tetapi justru tim dapat memberikan penyuluhan atau pelatihan pada kader kesehatan tersebut.

Transcript - Discussion with Prof. Budi

Interviewer: dr. Fushen

Interviewee: Prof. Budi

dr. Fushen	Selamat Pagi, Prof.
Prof. Budi	Hey, selamat pagi dr. Fushen
dr. Fushen	Sehat-sehat Prof.?
Prof. Budi	Iya, iya bagus, jadi boleh Fushen menjabarkan sedikit. Jadi kurang lebih itu jalan pemikirannya itu bagaimana
dr. Fushen	Saya <i>share power point</i> -nya ya Prof
Prof. Budi	Ya, boleh
dr. Fushen	Ini sih hanya ringkasannya aja ya Prof
Prof. Budi	He eh
dr. Fushen	Sudah kelihatan Prof?
Prof. Budi	Sudah, sudah kelihatan
dr. Fushen	Jadi saya mau membuat model konseptual, manajemen alih tugas juga. Jadi <i>task shifting</i> ya, kalau di kesehatan sih mereka juga .. bahasa Indonesianya nih kurang ini Prof, kayaknya belum ada terjemahannya yang pas ya karena belum sering digunakan di Indonesia. Jadi kalau yang di luar disebutnya <i>Task Shifting</i> untuk di bidang kesehatan
Prof. Budi	Ya, ya iya .. oke dilanjut, oke
dr. Fushen	Ya. Ini studi kasusnya saya ambil di rumah sakit apung Prof, kalau pernah tahu rumah sakit apung yang dibikin sama dr. Lie Darmawan itu ..
Prof. Budi	He eh .. dr. Lie
dr. Fushen	Bikin rumah sakit tapi dari kapal ya Prof. Sebetulnya kalau latar belakangnya sih pertama, ada maldistribusi tenaga kesehatan atau dokter-dokter lah ya, perawat-perawat itu dari datanya memang kan terkonsentrasi di kota-kota besar, atau khususnya di pulau Jawa ya Prof.
Prof. Budi	He eh ..
dr. Fushen	Sementara yang di daerah-daerah, khususnya daerah terpencil, perbatasan kepulauan itu bahkan mau cari perawat atau bidan aja sulit gitu.

Prof. Budi	Hmm iya
dr. Fushen	Padahal kalau konsepnya negara kan, kesehatan itu kewajibannya pemerintah ..
Prof. Budi	He eh ..
dr. Fushen	Tapi ya kalau pemerintah tidak, belum memenuhi secara ideal pasti masyarakat, karena itu adalah kebutuhan dasar, ya masyarakat pasti mencari .. mencari alternatif atau cara sendiri. Nah salah satunya muncul yang namanya rumah sakit apung.
Prof. Budi	Hmm ..
dr. Fushen	Tapi rumah sakit apung ini yang berkembang sekarang sifatnya volunteer Prof, artinya kalau volunteer itu mereka ada keterbatasan ya Prof, ada keterbatasan waktu, artinya mereka bukan full timer
Prof. Budi	He eh ..
dr. Fushen	Jadi SDM-nya kalau mau cari dokter spesialis, dokter umum, perawat gitu seringkali ada kendala dalam hal jumlah maupun kualifikasinya ..
Prof. Budi	Hmm ..
dr. Fushen	Tapi sebetulnya tiap-tiap daerah itu kan ada, kita sebutnya potensi lah ya, potensi lokal misalnya ada bidan yang terlatih atau ada perawat yang terlatih ..
Prof. Budi	Ya ..
dr. Fushen	Ya sebetulnya bisa diberdayakan untuk membantu layanannya rumah sakit apung
Prof. Budi	Hmm, he eh
dr. Fushen	Nah ini yang menarik sebetulnya ada salah satu metode yang dikembangkan sama WHO kira-kira sudah dari tahun 2009 Prof.
Prof. Budi	Hmm, he eh
dr. Fushen	Dokumen, dokumen resminya WHO. Jadi mereka di Afrika itu kan kekurangan dokter, daerah-daerah negara-negara di Afrika, sementara waktu itu yang lagi <i>booming</i> itu kasus HIV/AIDS
Prof. Budi	Iya ..
dr. Fushen	Makanya mereka bingung, waduh ini dokternya terbatas, pasiennya semakin banyak jadi mereka pikir gimana caranya supaya pasien-pasien itu bisa terlayani. Jadi mereka bilang, ya sudah kalau pasien HIV itu kan mereka dapat obat rutin, dapat obat rutin setelah mereka mendapatkan cukup lama katakanlah

	setahun, lalu kira-kira penyakitnya sudah terkendali mereka jadi paham tuh Prof mereka jadi paham tuh, kalau orang sakit tuh kan jadi paham, penyakitnya apa yang mereka rasakan, apa yang mereka minum obatnya, kayak misalnya kita ketika ada darah tinggi, diabetes, kolesterol kita kan udah tahu, oh diabetes tuh karena apa sih, darah tinggi tuh apa, yang kita kerjakan apa, obatnya apa gitu. Nah atas dasar pemikiran itu, jadi WHO bilang ya sudah kalau begitu yang mantan pasien, mantan pasien dilatih aja untuk dia bisa bantu pasien-pasien yang baru gitu ..
Prof. Budi	Hemm .. he eh ..
dr. Fushen	Jadi kemudian ditambahkan, kewenangannya ditambahkan. Jadi kan obat itu diresepkannya sama dokter tapi toh pasien ini udah setahun lebih dia sendiri yang makan obat, dia tahu obatnya apa, kalau gitu yaudah deh diajariin mantan pasiennya supaya bisa melayani pasien-pasien baru. Mendampingi, melayani gitu ya ..
Prof. Budi	Hmm ..
dr. Fushen	Nah itu yang di negara-negara berkembang, atau negara-negara Afrika lah ya.
Prof. Budi	Ya, ya
dr. Fushen	Dari sana sebetulnya di beberapa negara sudah, sudah berkembang misalnya di .. model di Eropa atau di Amerika, oh iya bener juga ya bisa seperti itu. Kalau yang di Eropa mulai mikir khususnya untuk layanan-layanan misalnya, psikiatri orang-orang gangguan jiwa gitu ya ..
Prof. Budi	Betul ..
dr. Fushen	Orang-orang gangguan jiwa kalau semuanya ketemu dokter psikiatri nanti dokternya terlalu sibuk enggak bisa ngerjain yang lain gitu ..
Prof. Budi	Ya ..
dr. Fushen	Termasuk juga untuk kasus-kasus yang kronik, yang lama misalnya tadi hipertensi, darah tinggi, diabetes melitus, nah itu kalau semuanya harus ketemu spesialis, misalnya spesialis penyakit dalam, nanti spesialis penyakit dalam waktunya habis untuk kontrol pasien-pasien yang kontrol rutin gitu.
Prof. Budi	Betul ..
dr. Fushen	Padahal itu bisa dikerjakan sama dokter umum atau bahkan kalau di luar negeri kan ada <i>registered nurse (RN)</i> ya, RN itu kan punya kewenangan lebih dari perawat-perawat di sini. Mereka boleh meresepkan obat-obat tertentu kalau <i>registered nurse</i> .
Prof. Budi	Oh ..

dr. Fushen	Nah kalau di negara maju itu yang dimanfaatkan. Dari dokter spesialis ke dokter umum atau perawat yang dilatih. Kalau di negara berkembang, dari dokter ke masyarakat yang terlatih. Artinya memang ada pengalihan dari orang yang lebih, istilahnya apa ya, yang lebih tinggi kompetensinya ke pihak yang lebih rendah kompetensinya gitu. Ya kira-kira pengalihannya seperti itu.
Prof. Budi	Ya ya .. hmm
dr. Fushen	Nah, karena saya melihat di Indonesia ini kan tadi ada maldistribusi tenaga kesehatan, yang di daerah-daerah itu kan seringkali enggak ada dokter spesialis, dokter umum juga gak ada, nah sebetulnya konsep-konsep itu harusnya bisa dikembangkan di Indonesia. Nah kira-kira kerangka pikirannya, garis besarnya seperti ini Prof.
Prof. Budi	Ya ..
dr. Fushen	Mirip sih, mirip yang saya sampaikan sih. Bahwa kesehatan itu tadi haknya masyarakat, kewajibannya pemerintah tetapi belum terpenuhi secara ideal maka muncul tadi usaha masyarakat salah satunya tadi rumah sakit apung.
Prof. Budi	He eh ..
dr. Fushen	Pada pelaksanaannya mereka terkendala dalam hal SDM kualitas dan kuantitas sementara di daerah setempat sudah ada potensinya.
Prof. Budi	Hmm .. he eh
dr. Fushen	Maka penelitian ini sebetulnya mau menjawab, bagaimana sih memberdayakan SDM lokal ini atau SDM setempat untuk dilibatkan di kegiatannya si rumah sakit apung.
Prof. Budi	Betul, he eh..
dr. Fushen	Jadi nanti konsep itu bisa membantu baik pengelola rumah sakit atau regulator setempat lah atau Pemda untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Kira-kira gambaran besarnya begitu. Ini kira-kira gambaran yang yang saya ceritakan tadi Prof (menunjukkan gambar; share screen). Kalau modelnya WHO yang dokter spesialis ya, ke yang non dokter dulu, perawat, ke masyarakat. Ini kader lah, ini kalau di kita ini disebutnya kader puskesmas untuk membantu orang-orang yang sakit HIV. Ini yang di WHO 2009. Sementara kalau yang lain-lain, yang tadi di Eropa, atau ada juga yang ini Prof, ada dokter bedah, dia melatih dokter umum dan perawat untuk ngerjain kasus-kasus bedah tertentu misalnya <i>sectio caesaria</i> untuk melahirkan. Operasi caesar itu di beberapa negara Afrika itu diajarkan ke dokter umum dan perawat karena mereka kekurangan dokter spesialis, tapi memang khusus untuk kasus-kasus yang emergency.

Prof. Budi	Hmm .. betul ..
dr. Fushen	Jadi sebetulnya kalau dari berbagai penelitian itu, yang penting, kalau yang saya dapat gambarannya, ini beberapa variabel yang penting. Yang pertama sih regulasi. Regulasi, aturannya, aturan mainnya harus jelas gitu.
Prof. Budi	Betul ..
dr. Fushen	Aturan mainnya itu juga bertingkat mulai dari, kalau di Indonesia berarti harus ada aturan Undang-undang atau bukan .. Permennya harus ada, payung besarnya lah, Permennya harus ada.
Prof. Budi	Permen .. umbrella hukumnya ya?
dr. Fushen	Iya, payung hukumnya harus ada, kemudian regulasi untuk pelaksanaan lokalnya.
Prof. Budi	He eh ..
dr. Fushen	Artinya harus jelas kriterianya untuk kasus apa, siapa yang dilatih, siapa yang melatih, kemudian dasarnya apa lalu .. Nah yang nomor 2 apa <i>job</i> atau <i>task</i> spesifiknya yang mau dialihkan atau dilatih itu apa, harus ada scope-nya. Ini karena ada kejadian Prof, sebetulnya.
Prof. Budi	Hmm, ya, kasus?
dr. Fushen	Ternyata di Indonesia sebenarnya sudah pernah dicoba di Jawa, aduh ,di Jawa Tengah, Jawa Timur gitu udah pernah dicoba ..
Prof. Budi	Ya ..
dr. Fushen	Terus ehmm, ini sebelum muncul undang-undang Keperawatan Prof, itu udah pernah dicoba. Ternyata ehmm, sudah berjalan kemudain ribut, jamannya Pak Fahmi Idris kalau gak salah ya, jadi udah berjalan, perawatnya udah dilatih, waktu itu untuk ehmm, kasusnya enggak disebut sih, waktu itu perawatnya udah dilatih, perawatnya bisa ngeluarin obat segala macam eh, beberapa lama kemudian perawatnya buka praktek sendiri (tertawa)
Prof. Budi	Oh, waduh, ya ..
dr. Fushen	Jadi dokter-dokternya jadi, loh ini kenapa perawat dilatih .. tadinya untuk bantuin di puskesmas dia buka praktek sendiri di luar puskesmas.
Prof. Budi	Jadi kepinterannya itu dikomersialisasikan .. (tertawa)
dr. Fushen	Iya. Jadi organisasi profesinya, IDI segala bilang begitu. Kok jadi malah layanan yang di puskesmasnya gak berjalan kembali, dia buka praktek sendiri jadi ribut akhirnya distop waktu itu. Itu udah pernah dikerjakan. Artinya itu

	tadi, berarti regulasinya kan harus jelas
Prof. Budi	Jelas ..
dr. Fushen	Kemudian <i>scope</i> -nya, <i>scope</i> -nya harus dibatasi. Artinya untuk , untuk kasus apa ..
Prof. Budi	Ya ..
dr. Fushen	Nah, kalau yang 3 4 5 6 satu bagian dari pelatihan ya. Jadi bagaimana memastikan orang tersebut dilatih dengan benar, diawasi, dievaluasi, dan dilatih kembali kalau perlu.
Prof. Budi	Ya ..
dr. Fushen	Nah yang terakhir, yang insentif, ini yang jadi sumber keributan. Biasanya di awal-awal gak ribut nih Prof. (tertawa)
Prof. Budi	(tertawa)
dr. Fushen	Waktu, waktu orangnya dilatih gak ada keributan apa-apa, waktu dijalankan pertama semua orang senang gitu bahwa masyarakat tertolong, orang yang dilatih dapat ilmunya, orang yang melatih juga merasa beban kerjanya berkurang gitu ..
Prof. Budi	Iya ..
dr. Fushen	Tapi setelah berjalan ya tadi, nanti ujung-ujung dia merasa, saya kan punya kompetensi lebih, jadi saya harus dibayar lebih dong gitu (tertawa).
Prof. Budi	(tertawa)
dr. Fushen	Terus dokter-dokter yang melatihnya pada satu saat entah gimana, mereka merasa waduh, kok pasien saya ada yang berkurang nih gara-gara ada yang ngerjain. Jadi kembali ujung-ujungnya ke masalah penghasilan yang terjadi di beberapa model, termasuk yang WHO kembangkan, karena mereka kan mengembangkan sambil meneliti ya ..
Prof. Budi	Iya ..
dr. Fushen	Fenomenanya yang muncul seperti itu kalau tidak, tidak diatur, atau batasannya tidak ditentukan diawal nanti kalau berkembang itu bisa jadi sumber konflik, gitu.
Prof. Budi	He eh ..
dr. Fushen	Nah jadi kira-kira gambaran model yang saya buat kira-kira begini Prof.
Prof. Budi	Ya ..

dr. Fushen	Yang tadi regulasi untuk payung besarnya, regulasi dan insentif sebetulnya untuk yang prosesnya, proses spesifik yang terkait <i>task shifting</i> -nya itu, lebih terkait pelatihan.
Prof. Budi	Ya, betul ..
dr. Fushen	Apa yang harus spesifik tugas atau karya apa yang harus didelegasikan, kemudian bagaimana pelatihannya, supervisi nanti dievaluasi dan ada penguatan atau koreksi dari sesuai kebutuhan.
Prof. Budi	Ya ..
dr. Fushen	Nah ini kalau WHO tadi kan lebih spesifik dari dokter spesialis, ke tenaga kesehatan, keperawatan, ke masyarakat, kalau saya lebih makro, karena kalau kasusnya rumah sakit apung itu kan profesinya macam-macam tuh, ada dokter spesialis, ada dokter, ada perawat, ada apoteker gitu.
Prof. Budi	Oh ..
dr. Fushen	Nah makanya kekurangannya kan hampir di tiap, bisa terjadi di tiap ini, bisa terjadi di tiap profesi Prof.
Prof. Budi	Oh, he eh ..
dr. Fushen	Kadang-kadang kekurangan apoteker. Kadang-kadang kekurangannya bukan apoteker tapi di perawatnya. Makanya saya buat di sini, kalau dari kasusnya, dari profesi khusus ke profesi yang lebih umum.
Prof. Budi	Hmm ..
dr. Fushen	Maksudnya profesi khusus nih, ya tadi misalnya dari dokter spesialis ke dokter umum atau dokter umum ke perawat atau apoteker ke perawat gitu, jadi ehmm .. jadi lebih fleksibel lah. Konsepnya sama cuman nanti detail pelaksanaan tergantung nomor duanya tuh Prof, tergantung tugas yang mau dialihkan kan ya jadi kita bisa buat lebih detail, tapi kalau model, model umumnya atau model besarnya ehmm .. harusnya sih sama.
Prof. Budi	Hmm ..
dr. Fushen	Begitu Prof model yang dikembangkan seperti itu Prof. Mungkin ada masukan dari Prof?
Prof. Budi	Iya baik, jadi tadi dari awal ya kita mulai dari awal yaitu ternyata manajemen alih tugas itu adalah yang sama konsepnya dengan WHO, relatif sama, begitu ya?
dr. Fushen	Ya Prof.

Prof. Budi	Lah sekarang pengertian saya, saya pikir itu adalah satu pengembangan internal organisasi, ya. Pengembangan internal itu adalah dilakukan satu katakanlah transfer, ya, job transfer, artinya pengertian saya itu, itu kan alih tugas, jadi kayak, kayak, kita itu mempunyai satu rencana mutasi, mutasi ya ..
dr. Fushen	Ya ..
Prof. Budi	Ini internal, kalau internal organisasi. Maksudnya mutasi ini ya, transfer ini dilakukan dengan tujuan, ya toh, satu adalah <i>fulfil the job vacancy</i> , artinya memenuhi posisi yang kosong. Lalu kedua adalah untuk <i>succession planning</i> artinya kita mengisi <i>second rank</i> , posisi kedua supaya nanti ada regenerasi, lalu yang ketiga adalah untuk <i>career development</i> , <i>career development</i> adalah untuk pengembangan karier yang bersangkutan. Lah, pengertian saya itu, itu. Tetapi sekarang setelah Anda jelaskan, ternyata ini untuk memenuhi tenaga, artinya kita itu mendapatkan tenaga bantuan ..
dr. Fushen	Ya ..
Prof. Budi	Nah, setelah melihat kondisi Indonesia, kondisi Indonesia itu istilahnya tidak kekurangan kalau soal <i>manpower</i> , soal <i>people</i> itu tidak menjadi masalah malah menjadi satu potensi sehingga kalau ini menjadi satu potensi, maka tidak usah kita mencari yang jauh-jauh, ya.
dr. Fushen	Ya ..
Prof. Budi	Misalnya kita mencari mantan-mantan korban, apa mantan-mantan yang tadi contohnya penyakit HIV, ya toh? Mantan-mantan itu diberi tugas untuk membantu kekurangan tenaga. Nah kalau saya melihat sikon di Indonesia, itu lebih baik, itu lebih baik tenaga medis atau katakanlah kalau istilahnya dulu itu, mantri-mantri kesehatan gitu ya.
dr. Fushen	Mantri, iya Prof.
Prof. Budi	He eh, istilah dulu. Kalau sekarang ini apa, tenaga medis, atau perawat atau apa ya itu dalam struktur kesehatan, dunia kesehatan. Berarti ini kita topiknya adalah <i>empowering</i> , pemberdayaan. Pemberdayaan tenaga itu, <i>empowering</i> -nya itu ke arah mana, ke arah satu <i>enlargement</i> , berarti penambahan tugas-tugas yang baru <i>enlargement</i> . Menambah bobot tugas-tugas pekerjaannya dan juga <i>enrichment</i> , <i>enrichment</i> itu artinya kita perkaya, kita menambah fungsi-fungsi, kita menambah kompetensi itu namanya kita melakukan <i>enlargement</i> . Nah nanti objeknya itu kepada siapa. Jadi penambahan bobot merupakan satu, apa itu, <i>enrichment</i> eh sorry, <i>enlargement</i> lalu pengayaan dari kompetensi-kompetensi, ya. Oleh karena itu mungkin tenaganya ini bisa dipilih, artinya dipersyaratkan minimal kemampuannya apa sehingga nanti waktu ditambah, diberikan tambahan mereka itu mampu mengadopsi, mampu mereka belajar dan berikutnya, bahkan harus nanti, istilahnya kita formal atau informal memberikan semacam sertifikasi bahwa tenaga ini memang dipercaya mampu

	melakukan tugas itu. Tentu tidak bisa istilahnya sudah dilatih dianggap bisa, tapi harus ada, ada satu uji coba, ada satu praktek, yang menunjukkan dia itu mampu atau lulus lah istilahnya begitu.
dr. Fushen	Ya
Prof. Budi	Ya jadi tadi, menurut saya, empowering ini dalam rangka <i>enlargement</i> berarti penambahan bobot, penambahan <i>scope</i> -nya tugas, atau tadi <i>enrichment</i> jadi pengayaan dari kompetensi jadi dia itu bisa kompetensi A, kompetensi B, C jadi yang berkaitan yang relevan. Buka <i>enlargement</i> -nya itu misalnya, itu kita perbesar tugasnya, tugasnya kita tambah, kita tugas ini perawat ini disamping bisa nyuntik, bisa tensi dan sebagainya bisa juga tahu memberi resep misalnya, tapi saya itu belum mendalami dunia kedokteran, lah itu apa bagaimana apa boleh kita <i>empowering</i> lalu dia membuat resep? Karena yang membuat resep atau menulis resep itu harus kewenangan dokter atau boleh orang lain dan sebagainya. Itu perlu di dalam koridor nanti kita memperhatikan kewenangan-kewenangan, otorisasinya masing-masing.
dr. Fushen	Ya Prof.
Prof. Budi	Lah itu lah kira-kira jaring gambaran saya setelah mendengar Anda. Lah mengenai modelnya, ya, modelnya ini sebetulnya menurut saya bukan <i>task shifting</i> ya bukan alih tugas tetapi kita <i>empowering</i> , karena kalau alih tugas itu sudah beralih ya, sudah mutasi, beralih. Jadi dulu dia itu apa perawat di, misalnya ya, misalnya, perawat di satu bagian gitu ya, jadi dia mengontrol, memberi obat, lalu memonitor, lalu mengecek dan sebagainya nanti hasil akhir ke dokter, begitu ya toh .
dr. Fushen	Ya Prof.
Prof. Budi	Tapi sekarang perawatnya itu punya otorisasi misalnya sebagai asisten full dokter. Jadi dia pun enggak usah dokternya <i>visit</i> gitu dia sudah bisa memberi dan men- <i>diagnose</i> ya, jadi ada kemampuan <i>diagnose</i> . Lah itu pindah tugas. Artinya dia itu berpindah tugasnya. Nah, itu kira-kira saya demikian menurut dr. Fushen gimana? Saya itu punya pemikiran demikian.
dr. Fushen	Ya hmm ..
Prof. Budi	Ya, kita diskusikan ya..
dr. Fushen	Ehmm, makasih Prof. tadi setuju sekali untuk, untuk masukannya, terkait <i>empowering</i> dan <i>enlargement</i> dari tugas SDM.
Prof. Budi	Ya.
dr. Fushen	Memang tadi betul Prof. yang terkait sama dunia kesehatan. Terkait kompetensi dan kewenangan ini kan, di Indonesia kan masih berkembang terus nih Prof,

	berkembang dan selalu jadi .. pro dan kontra karena ujung-ujungnya tadi terkait penghasilan orang tadi Prof.
Prof. Budi	UUD ya .. (tertawa)
dr. Fushen	Iya, UUD (tertawa). Jadi misalnya, ehm, di dunia kedokteran deh, dunia kedokteran, orang seringkali sekarang antar organisasi profesi bisa punya pandangan yang berbeda. Misalnya, untuk pemasangan akses kalau orang mau cuci darah misalnya ya, nanti ditanya yang pasang aksesnya, atau yang pasang alat atau sambungannya itu siapa dokter anestesi kah, dokter bedah umum kah, dokter bedah thoraks-kardiovaskular, ada dokter bedah vaskular .. hehe nah itu jadi kewenangannya siapa, semua orang bilang saya bisa ngerjain.
Prof. Budi	Oh .. nah ini sebetulnya di ehm, di kesehatan itu sudah ada ketentuannya atau belum? Atau ada regulasinya, ada atau tidak?
dr. Fushen	Ada.
Prof. Budi	Ini harus dokter ini, ini harus dokter ini ..
dr. Fushen	Ada, tapi seringkali kan <i>overlapping</i> . Contohnya tadi, sama-sama dokter bedah, satu bedah umum, satu bedah khusus vaskuler, khusus pembuluh darah, satu lagi bedah jantung dan pembuluh darah.
Prof. Budi	Oh iya ..
dr. Fushen	Ada lagi dokter anestesi. Mereka keempat, keempat, profesi itu atau keempat spesialisasi itu sama-sama belajar cara masangnya (tertawa)
Prof. Budi	Oh .. (tertawa).
dr. Fushen	Terus semuanya bilang kan. Oh, saya udah belajar ya saya boleh ngerjain dong. Saya sudah belajar, saya boleh mengerjakan kan harusnya.
Prof. Budi	Iya ..
dr. Fushen	Gitu, nah. Itu jadi rebutan, nanti kan namanya aja pembuluh darah nanti dokter bedah yang khusus vaskuler dong yang harusnya mengerjakan. Istilahnya mereka menganggap, harusnya mengerjakan lebih bagus dong.
Prof. Budi	(tertawa)
dr. Fushen	Kira-kira gambaran besarnya .. nah perawat kan juga begitu Prof. Perawat waktu berkembang waktu 2000 .. Undang-undang keperawatan tuh 2013, 2014 itu juga menyatakan gini, perawat itu kan profesi kemudian mereka juga belajar yang namanya asuhan keperawatan termasuk pemberian obat-obat tertentu, artinya boleh dong perawat itu buka praktek keperawatan di rumahnya tapi hanya terbatas pada kasus-kasus yang sesuai yang mereka ketahui. Kasus-

	<p>kasus ringan lah, termasuk diantaranya perawatan luka gitu, boleh dong mengerjakan itu. Atau sekarang yang berkembang juga kan bidan, yang udah lama kan bidan, bidan boleh praktek kan, lah emang mereka menerima persalinan, atau kontrol sebelum persalinan, kan memang dari dulu semua kan ke bidan, tapi seringkali kan fenomena yang di masyarakat adalah ada apa-apa, misalnya dia batuk, dia pilek, semua menganggap yaudah saya berobat aja ke bu bidan, nah padahal bidan itu kan punya keterbatasan, artinya gak semua penyakit dia boleh ngobatin dong .. tapi fenomenanya karena semua orang udah dateng ke bidan, udah dateng ke tempat dia yaudah saya tolong dong. Nah itu yang cukup ramai kan seperti itu. Akhirnya walau sekarang sudah muncul undang-undang keperawatan, perawat sudah ada yang buka praktek keperawatan mandiri, memang ada sesuai aturan, tapi yang jadi konflik itu kan pada waktu pelaksanaannya, pada waktu pelaksanaannya kan kita gak ada yang bisa mengontrol bahwa perawat itu hanya melakukan asuhan keperawatan atau istilahnya hanya mengobati sesuai dengan kompetensinya gitu. Itu kalaudi daerah-daerah misalnya di NTT atau di Maluku itu sering ada tuh temen-temen yang posting, yang membagikan lah ya, ini saya dapat rujukan teman di rumah sakit di rumah sakit, dapat rujukan dari perawat atau dari bidan tapi obat-obat yang diberikan itu sudah diluar ini lah, di luar batasan mereka. Udah memberikan obat, misalnya .. antibiotik yang disuntikan, misalnya gitu.</p>
Prof. Budi	He eh ..
dr. Fushen	Itu ada beberapa batasan-batasan gak ada urusan .. gak ada urusan sama bidan gitu misalnya. Nah itu yang terjadi. Jadi memang, waktu meneliti, atau penerapan konsep ini, itu salah satu yang jadi <i>barrier</i> yang tadi Prof sampaikan, terkait aturan kompetensi atau kewenangan. Itu yang jadi ribut-ribut yang di organisasi profesi ya seperti itu.
Prof. Budi	Iya
dr. Fushen	Mereka juga takut, takut, sebenarnya utamanya bukan takut kehilangan uangnya ya Prof ..
Prof. Budi	Sanksi?
dr. Fushen	Takut dari segi sanksi dan segi keamanan gitu
Prof. Budi	Ya iya ..
dr. Fushen	Artinya kalau organisasi profesi bilang, ini boleh dikerjakan oleh orang terlatih gitu, tapi kan mereka sebagai organisasi profesi mereka kan punya tanggung jawab bahwa kalau hal atau tindakan dilakukan oleh siapapun orangnya harus bisa di- <i>deliver</i> dengan baik, dengan <i>safe</i> gitu.
Prof. Budi	He eh ..

dr. Fushen	Itu yang jadi salah satu pertimbangan berarti kan harus ada satu mekanisme kontrol yang baik. Kalau enggak nanti malah merugikan masyarakat dan malah merugikan profesinya sendiri, menganggap bahwa loh kok profesi ini eh, <i>services</i> ke masyarakat jelek ya, jadi kehilangan kepercayaan masyarakat nantinya. Ya mungkin Itu jadi pertimbangan utama.
Prof. Budi	Jadi malpraktek gitu ya?
dr. Fushen	Iya, jadi seolah-olah ini kok organisasi profesi membiarkan, membiarkan tindakan-tindakan profesinya dilakukan oleh orang lain dan hasilnya tidak baik gitu. Itu salah satu <i>barrier</i> -nya mungkin Prof
Prof. Budi	Iya, betul
dr. Fushen	Kalau terkait tadi yang Prof sampaikan itu juga jadi bahan diskusi memang Prof Terkait, ee .. alih tugas ya.
Prof. Budi	Ya, alih tugas ..
dr. Fushen	Ya, <i>task shifting</i> hmm ini jadi bahan diskusi juga sih sebetulnya sama, sama promotor, sama co-promotor jadi bahan diskusi di .. kalau dari artikel-artikel juga masih jadi bahan diskusi, karena kita .. kalau di Indonesia sih masalahnya jadi dua, kalau di luar negeri eh .. satu sih. Jadi masalahnya adalah masalah terminologi. Kalau bahasa Inggris kan mereka sebut <i>task</i> , <i>task shifting</i> , <i>task shifting</i> kalau dari WHO dia definisi sederhananya adalah delegasi, memindahkan, memindahkan tugas eh, pada kondisi tertentu ..pada kondisi tertentu pada orang yang <i>less specialized</i> ..
Prof. Budi	Oh iya ..
dr. Fushen	Itu pada kondisi tertentu pada yang <i>less specialized</i> . Nah, kalau kita mau terjemahkan ke Indonesia jadi gak .. kurang pas gitu. Sebetulnya saat kita mau menentukan judul di awal kami bingung. Apakah ini mau disebut alih tugas,tapi tadi kalau alih tugas kan seperti yang Prof sampaikan ya tugasnya sudah beralih gitu.
Prof. Budi	Ya betul ..
dr. Fushen	Apakah ini delegasi, atautah ini substitusi, terus tadi ketika memasukkan teorinya juga jadi .. jadi .. jadi ada <i>gap</i> ada yang kurang pas karena apakah ini sebagai .. saya juga mau cari landasan teorinya agak .. agak sulit Prof, apakah mau nyarinya tadi <i>enlargement</i> , <i>enrichment</i> , atau <i>empowering</i> karena tidak, tidak, tidak segamblang itu, tidak murni ini suatu <i>empowering</i> saja gitu, tidak murni ini suatu <i>enrichment</i> saja ..
Prof. Budi	Betul ..
dr. Fushen	Ada .. ada beberapa hal yang ternyata pada prakteknya tidak murni seperti kita

	mengadakan pelatihan SDM internal atau pengembangan SDM. Jadi sebetulnya konsepnya tadi udah bener Prof, yang Prof sampaikan <i>job transfer</i> itu segala macam yang memang teori manajemen yang berkembang eh, untuk manajemen secara umum ya ..
Prof. Budi	Ya ..
dr. Fushen	Ya demikian teori-teorinya, tapi ini yang di bidang .. bidang kesehatan ..
Prof. Budi	Kesehatan ..
dr. Fushen	Ada kekhususan-kekhususan terkait pengaturan tadi kompetensi, kewenangan, tapi ada kebutuhan juga, terus ada masalah <i>safety</i> -nya ..
Prof. Budi	Ya ..
dr. Fushen	Jadi ini seolah-olah ini <i>empowering</i> tapi dengan, dengan apa ya .. dengan variasi, dengan .. jadi tidak bisa memenuhi kaidah <i>empowering</i> tadi Prof. Ada batasannya, tapi ada, ada peluangnya juga kira-kira gitu ya.
Prof. Budi	Ada .. (tertawa)
dr. Fushen	Kira-kira begitu Prof. gambarannya.
Prof. Budi	Lah ini boleh saya tambahkan ..
dr. Fushen	Ya, ya Prof.
Prof. Budi	Bahwa kalau tadi anda itu <i>empowering</i> lalu Anda kembangkan ke sub-nya Anda <i>enrichment</i> maupun mau <i>enlargement</i> ya, itu harus kita ambil itu pohon teorinya artinya, induknya walaupun sub-subnya bisa berkembang, bisa bercabang. Seperti spesialis, sub-spesialis. (tertawa)
dr. Fushen	Ya .. (tertawa)
Prof. Budi	Tapi kalau istilah delegasi boleh juga. Tapi delegasi itu hanya dalam konsepnya, itu adalah memberikan satu penugasan kepada orang yang di bidangnya, jadi delegasi. Itu lebih khusus. Artinya saya mendelegasikan wakil saya atau saya CEO saya mendelegasikan kepada VP saya atau saya GM mendelegasikan kepada manajer saya untuk melakukan tugas ini tambahan. Artinya diberikan otorisasi, kewenangan tambahan. Lah itu mendelegasi, tapi ini kan akan dikembangkan konsep ini supaya bisa dipakai secara luas, tidak hanya pendelegasian gitu, pendelegasian itu lebih ke internal nanti ya. Jadi kita kan ingin supaya ini bisa menjadi konsep nantinya. Lah kita memang di dalam penulisan memang harus memang membatasi. Memang kalau pikiran kita dibiarkan kemana-mana begitu ya, nanti memang disamping tidak jadi-jadi, tapi terus kita itu malah bingung. Jadi kita harus masih bisa membatasi yang nanti ini satu namanya satu proses yang berkembang

dr. Fushen	Iya ..
Prof. Budi	Yang masih, masih belum final, artinya belum berakhir gitu. Menurut saya begitu.
dr. Fushen	Ya ..
Prof. Budi	Jadi kalau saya pikir, melihat situasi kondisi Indonesia itu kita harus sesuaikan juga, khususnya di dunia kedokteran yang prakteknya atau mekanismenya itu di Indonesia bagaimana. Nah, jadi kita ambil induk teorinya, konsep dasarnya, lalu kita itu harus sesuaikan ini. Harus memang berdasar dengan situasi dan kondisi yang ada. Agak sulit kalau kita itu nanti mengidealkan kondisi-kondisi yang tidak cocok, jadi nanti artinya penemuannya ataupun eh, hasil penulisannya lah ini gak cocok ini kalau untuk Indonesia, misalnya begitu.
dr. Fushen	Ya betul Prof. ..
Prof. Budi	Nah tadi bagus, kalau Anda tadi itu modelnya 1, 2 sampai berapa, tujuh atau berapa tadi ya ..
dr. Fushen	Tujuh, betul ..
Prof. Budi	Ini bagus kalau masuk di dalam cluster, atau masuk di dalam satu bagian pelatihan atau sebagainya begitu. Ya ..
dr. Fushen	Ya ..
Prof. Budi	Jadi Fushen boleh diskusikan lagi kalau ada yang ingin dilengkapi, boleh.
dr. Fushen	Ya. Jadi, sebetulnya sih konsep ini eh .. ya memang manfaatnya menurut saya cukup besar ya. Kalau memang bisa diadopsi ya memang cukup besar. Termasuk kalau kita lihat kondisi pandemi, sebetulnya ini juga bisa dikerjakan Prof.
Prof. Budi	Oh, boleh. Kalau sikonnya, kalau ini sikon pandemi terus ya memang berlaku. Bisa, valid. Karena tadi kalau, bisa dikembangkan juga tadi istilahnya, pasien, pasien yang bertahun-tahun itu juga ada peluangnya untuk mereka istilahnya .. disamping testimoni tapi dia juga bisa melakukan sesuatu. Istilahnya itu, kembalinya ke pemberdayaan mantan-mantan pasien atau apa, mantan korban?
dr. Fushen	Mantan pasien Prof. Ya untuk mantan pasien atau tadi bisa juga eh .. dari dokter spesialis ke dokter umum. Nah, contohnya ini deh Prof., contohnya wisma atlet. Wisma atlet itu kan dokter-dokter umumnya menangani pasien-pasien Covid, artinya sebetulnya itu mereka sudah ahli, sudah terbiasa kan menangani pasien Covid, artinya mereka bisa diberdayakan katakanlah ke daerah atau rumah sakit-rumah sakit atau daerah-daerah lain yang tidak ada spesialis paru atau spesialis penyakit dalam, gitu.

Prof. Budi	Ya ..
dr. Fushen	Karena walau mereka dokter umum, tapi mereka sudah terbiasa menangani kasus-kasus Covid. Kira-kira gambarannya bisa seperti itu juga Prof.
Prof. Budi	Iya, betul .. jadi secara pengalaman dia itu belajar, artinya dia punya kompetensi karena dilakukan melalui praktek sehari hari, ya?
dr. Fushen	Ya, Prof.
Prof. Budi	Berarti saya tadi kalau melihat, lalu kondisi makro Indonesia, memang artinya, <i>supply</i> tenaga kerja, <i>manpower</i> , ini banyak sekali. Artinya di Indonesia itu tidak ada kekurangan lah mengenai <i>people</i> -nya, aspek <i>people</i> -nya. Jadi kalau mantan-mantan pasien, mungkin ya, artinya itu kurang efektif lebih baik yaitu tenaga-tenaga medis menurut saya. Yang diberdayakan tenaga-tenaga medis, itu lebih cocok untuk melengkapi kekurangan tenaga inti ya, spesialis maupun dokter misalnya.
dr. Fushen	Ya, ya, betul Prof.
Prof. Budi	He eh, jadi misalnya kalau mantan pasien, ya sudah biar pasiennya betul-betul sehat walafiat deh. (tertawa)
dr. Fushen	(tertawa) Ya juga kalau mantan pasien juga kan eh, belum tentu <i>knowledge gap</i> -nya bisa tercapai Prof.
Prof. Budi	Oh ya, betul-betul. Jadi ada harus, <i>background education</i> juga sebetulnya ..
dr. Fushen	Ya, ada minimumnya <i>medical background</i> lah kalau lebih bagus
Prof. Budi	Ya, ya, ya itu lebih cocok itu <i>medical background</i> .
dr. Fushen	Ya. Ada lagi Prof. masukannya Prof.?
Prof. Budi	Ya, kemudian mengenai pelatihan ya, mengenai pelatihan saya rasa ini karena ini me .. eh ,, berharap bahwa mendapatkan suatu <i>learning outcome</i> , <i>output</i> nya itu, tadi yang dr. Fushen bilang, tenaga kesehatan ini kan harus betul-betul <i>prudent</i> , tidak boleh asal-asalan ya toh? Maka itu trainingnya itu, anda itu menyeleksi. Menyeleksi dan melalui satu uji kompetensi dasar, kalau tidak memenuhi syarat ya tidak bisa. Kemudian trainingnya ini adalah betul-betul itu training yang nanti istilahnya punya kualifikasi, sertifikasi.
dr. Fushen	Ya ..
Prof. Budi	Sehingga ini nanti bisa dijadikan suatu pola training untuk <i>empowering</i> yang adalah demikian, ya. Tentu dengan eh .. apa itu istilahnya materi-materinya ya, mata kuliahnya, lalu dengan apa pengajar-pengajar-nya tentu dengan evaluasinya dan sebagainya itu khusus. Karena ini juga nanti dikaitkan dengan

	satu harapan. Harapannya ya nanti tentu juga harus diberikan <i>reward</i> -nya, artinya harus diberikan insentifnya. Jadi UUD-nya juga harus ada (tertawa)
dr. Fushen	(tertawa) betul, betul ..
Prof. Budi	Nah ini bagus ini kalau masalah training tersendiri itu bisa dijadikan satu, <i>training development</i> itu bisa dijadikan satu ee .. konsep sendiri untuk pengembangan ini bisa menjadi bagian daripada <i>empowering</i> tadi.
dr. Fushen	Iya, Prof. ..
Prof. Budi	Lalu ini kan belum ada peraturan pemerintah, istilahnya insentifnya dan sebagainya, regulasinya, lah ini nantinya bisa jadi satu masukan ini nantinya jadi satu bahan untuk regulasi
dr. Fushen	Ya betul Prof.
Prof. Budi	Boleh ini jadi sebuah usulan untuk bahan regulasi. Cuma ya tadi kita harus membatasi agar pikiran kita enggak melayang-melayang ya malah berkembang kemana-mana, memang harus membatasi memang. Nah nanti dr. Fushen membatasi sampai pada pokok masalah pemberdayaan, satu <i>empowering</i> untuk mengisi kekurangan tenaga, tenaga medis atau apa tadi karena gambarannya tadi betul kapal .. rumah sakit apung tadi itu kan istilahnya agar bisa terpenuhi ya tenaga ini, tenaga ini, jadi itu kan menggunakan rasio, jadi spesialisnya berapa, lalu rasio umumnya berapa, lalu medisnya perawatnya berapa.
dr. Fushen	Ya, ya betul Prof. Oh, kalau, kalau untuk pelatihan ya Prof kalau pengalaman Prof di Indonesia nih, kalau pelatihan itu dilakukan internal ya internal organisasi, dilakukan sendiri, ee .. apakah bisa dianggap valid atau, karena kalau yang saya lihat di beberapa rumah sakit, beberapa jenis pelatihan itu sekarang yang berkembang kan, memang ada sertifikasi, tapi kalau kami di rumah sakit misalnya akreditasi, seringkali pelatihan itu seolah-olah dipertanyakan kalau dilaksanakan internal walaupun kita menggunakan narasumber yang memang kompeten dianggap wah kamu kan belum tersertifikasi secara apa ya, kalau sekarang kan ada BNSP, ada .. sekarang ada bermacam-macam lembaga yang melakukan pelatihan. Sementara kalau dari pihak organisasi kita perusahaan atau rumah sakit kan enggak mungkin itu semua kita bikin pelatihan eksternal kan biayanya besar, kita bikin in-house training dengan narasumber dari luar atau kadang-kadang kita punya di perusahaan atau rumah sakit kan sudah ada <i>expertnya</i> , kita lakukan pelatihan internal sendiri tapi ijazah atau sertifikatnya, sertifikasinya berarti kita terbitkan internal. Kalau itu apakah, kalau secara praktek apakah .. gimana pandangan Prof, apa itu masih menjadi masalah persepsi di masyarakat atau gimana Prof?
Prof. Budi	Ya, ini mengenai program pelatihan dan pengembangan ini ya, sekarang ini, kalau tujuannya adalah untuk pengembangan organisasi internal ya, bukan tujuannya untuk pengembangan di luar organisasi ya, kalau tujuannya untuk di

	<p>luar organisasi berarti kita harus mengirim tenaga kita ke itu, sertifikasi profesi, ya. Nah, kita ndak perlu kalau dalam rangka memajukan, mengembangkan, organisasi, artinya itu rumah sakit, organisasi apa gitu itu tidak apa, karena malah program pelatihannya itu bisa dilakukan secara intensif. Program pelatihan intensif berarti itu ada program yang berdampak, artinya kita lakukan <i>on-the-job training</i>. Jadi kita lakukan itu dalam praktek di lapangan karena <i>on-the-job training</i> terus kita, awalnya kita berikan dulu konsep-konsep dasar lalu bagaimana prakteknya itu kita lakukan dan itu belum lulus, ya toh? Setelah itu dilakukan uji kompetensi ya, lalu uji teori, uji praktek, uji lapangan Kita bisa bikin sistematis proses training ini dengan bagus sehingga nanti orang-orangnya ini bonafit artinya solid, tapi tidak masalah karena ini hanya untuk kepentingan internal. Malah ini jadi satu model sebagai program pelatihan di rumah sakit yang nanti bisa jadi rujukan untuk rumah sakit lain misalnya, tapi kita itu kembangan secara internal dulu ya tapi pengembangannya juga profesional prosesnya ini. Jadi ada ujian. Kalau tidak mau buru-buru misalnya ya, ujiannya itu ada lulus untuk level 1, ya toh, lalu nanti bersambung level dua misalnya, level 3 untuk mencapai ini anda itu harus level 1, atau 2, atau 3. Nah ini juga bisa digunakan untuk pengembangan organisasi untuk kita menyediakan satu eh .. <i>successor</i> ya, satu kaderisasi. Menurut saya itu kalau saya bicara soal training dan <i>development</i> itu.</p>
dr. Fushen	Ya, ya, baik, baik Prof. Makasih masukannya Prof. Ada lagi prof yang mau ditambahkan?
Prof. Budi	Boleh, tapi bukan berarti ini terus sekali ketemu, dan pertemuan awal dan pertemuan terakhir.
dr. Fushen	Ya Prof.
Prof. Budi	Nanti boleh kalau ada hal-hal yang perlu didiskusikan ya .. untuk dimantapkan boleh
dr. Fushen	Iya, siap, siap Prof. Baik. Mungkin itu dulu ya Prof. Makasih banyak Prof waktunya
Prof. Budi	Oh ya, sudah dialokasi
dr. Fushen	Sehat selalu prof.
	(end)

Transcript - Discussion with dr. Stephanie

Interviewer: dr. Fushen

Interviewee: dr. Stephanie

dr. Fushen	Bisa keliatan gak Dok?
dr. Stephanie	Iya, keliatan sih.
dr. Fushen	<p>Oke, iya Dok. Kemarin itu sebetulnya kan mau bikin model task shifting untuk rumah sakit apung. Ya memang dasarnya dari model WHO, dimana mereka menggunakan sebetulnya waktu itu untuk penyakit HIV atau AIDS sama TB untuk melatih kader-kader kesehatan di daerah Afrika. Jadi pasien-pasien yang sudah, sudah pengobatan TB maupun HIV kan mereka sudah terbiasa dengan pengobatan-pengobatan mereka diberdayakan, mereka membimbing atau membantu pasien-pasien lainnya. Nah, kemudian sebetulnya konsep ini juga dipakai negara-negara lain termasuk negara berkembang atau negara maju. Jadi ada juga di beberapa negara, mereka dilatih untuk melakukan operasi darurat gitu, khususnya obgyn misalnya, tetapi kalau di negara maju mereka gunakan untuk kasus-kasus kronik, misalnya untuk gangguan jiwa atau penyakit-penyakit metabolik seperti diabetes gitu, itu mereka memberdayakan baik itu pasien atau biasanya sih kader-kader kesehatan ya, kader kesehatan atau perawat, atau tenaga kesehatan lain yang terlatih. Nah di Indonesia sebetulnya udah pernah dilakukan di Boyolali kalau enggak salah, tapi saat itu sempat terjadi konflik karena perawat yang dilatih pada buka praktek sendiri padahal waktu itu belum ada undang-undang praktik keperawatan, waktu itu belum muncul. Jadi waktu itu sempat berkonflik lah. Nah jadi sebetulnya dari beberapa hasil yang sudah saya coba pelajari, memang ada beberapa variabel yang perlu diperhatikan, yaitu yang pertama tentu aturan atau regulasi secara payung hukum secara umum maupun yang internal organisasi, kemudian hal-hal apa saja yang mau dilakukan, pelatihannya seperti apa, lalu supervisi, dan evaluasi serta perbaikan pelatihan tersebut, sama yang terakhir sih sebetulnya faktor insentif juga ya.</p>
dr. Stephanie	Ya.
dr. Fushen	Nah, mungkin kalau dokter di .. tapi enggak tahu nih update terakhir untuk rumah sakit apung yang Nusa Waluyo Dua, apakah dari segi ketenagaannya sudah terpenuhi atau belum ya Dok?
dr. Stephanie	Sementara sih saat ini tuh konsepnya adalah rekrutmen internal. Rekrutmen internal ini dikontrak kurang lebih per satu periode, satu periode itu berarti 1 semester 6 bulan, terus kemudian tapi tetap belum bisa, saat ini masih sistem setengah-setengah, jadi setengah pekerja kontrak, setengah relawan gitu. Jadi yang kayak sifatnya spesialistik, sama yang .. yang sifatnya spesialistik itu relawan, jadi nanti masih shifting mungkin per satu bulan satu minggu, atau

	<p>satu bulan 2 minggu gitu tergantung shifting relawannya bisa berapa lama gitu dan basis relawannya seberapa banyak. Tapi kalau misalnya untuk yang regularly .. pekerjaan reguler, seperti misalnya dokter umum, bidan, teras perawat, apoteker, radiografer, teras kemudian analisis ada ahli gizi juga itu sementara ini mereka sistemnya kontrak enam bulan gitu, tapi memang enggak, enggak banyak juga. Jadi masih uji coba juga untuk jadi kayak shiftnya masih ada yang .. shiftnya belum bisa terpenuhi 24 jam dengan jumlah yang saat ini ada, jadi masih ditambah dengan relawan-relawan lokal lainnya, apa, untuk memenuhi jadwal shift 24 jamnya itu.</p>
dr. Fushen	<p>Kalau relawan lokalnya itu apa Dok?</p>
dr. Stephanie	<p>Kalau sebelum ini itu kan relawan lokalnya itu pekerja kontraknya itu 1 orang untuk bidan misalnya, sedangkan kebutuhan kita 3 gitu, jadi di daerah tersebut tempat di mana RSA bersandar ada bidan-bidan yang bisa pulang pergi dalam hal ini mengisi shift yang seperti shift di rumah sakit pada umumnya gitu, paling bedanya kalau yang kontrak kan mereka ikut teras, jadi memang dikontrak entah darimana asalnya tapi ikut teras, kalau yang relawan lokal ya berarti memang basisnya di sana dan ya mereka hanya isi shift aja, gitu.</p>
dr. Fushen	<p>Oh .. jadi eh, untuk memenuhi kebutuhan shift gitu ya?</p>
dr. Stephanie	<p>Betul untuk memenuhi kebutuhan shift</p>
dr. Fushen	<p>Tapi kalau seperti itu mereka ada standarisasi tersendiri enggak Dok? Atau ada pelatihan atau apa ya, sosialisasi gitu untuk layanannya?</p>
dr. Stephanie	<p>Kalau untuk .. sebenarnya sih kalau mereka yang penting sesuai dengan kebutuhan <i>requirement</i>-nya kayak misalnya kalau untuk bidan berarti mereka sudah pernah mengikuti minimal D3 kebidanan, teras abis itu sudah pernah ada keterampilan dalam persalinan normal teras kemudian <i>background</i> kerjanya, teras ada sertifikasi-sertifikasinya, kemudian STRnya juga masih nyala gitu. Sama seperti perawat, dokter umum juga seperti itu sih Dok. Jadi kayak misalnya ada yang eh .. ACLS ATLS-nya sudah terpenuhi jadi kita bisa sebar di ruangan-ruangan yang sesuai gitu. Kayak misalnya ya di IGD setidaknya berarti kalau untuk perawat sudah ada BTLS, BCLS lalu kalau untuk dokter umum udah ada ACLS, ATLS gitu.</p>
dr. Fushen	<p>Kalau SOP internalnya berarti tetap disamakan sama mereka kan itu?</p>
dr. Stephanie	<p>Sama. Jadi memang SOP-nya dibuat dulu sama DoctorShare-nya, bareng-bareng sih sebenarnya sama temen-temen yang direkrut juga, teras dibikin bareng, disesuaikan dengan keadaan di lapangan, maksudnya keadaan di lapangan ini maksudnya keadaan RSA seperti apa teras habis itu disosialisasikan kepada seluruh yang akan bekerja baik itu relawan ataupun orang yang dikontrak gitu.</p>

dr. Fushen	Ok. Kalau untuk pelaksanaannya sendiri rencananya akan ada evaluasi gak Dok untuk pelayanan yang dilakukan itu?
dr. Stephanie	Evaluasi .. harusnya program evaluasi berjangka sih harusnya ada, cuman memang karena saat ini belum pelayanan, jadi memang belum terlaksana, tapi untuk evaluasi internal sendiri itu biasanya dilaksanakan per dua hari sekali itu terkait dengan biasanya dengan ee .. ini sih sifatnya, kalau di rumah sakit sih sistemnya seperti <i>morning report</i> ya. Jadi <i>morning report</i> kan maksudnya operan setiap hari gitu, setiap pagi. Jadi pasien apa terus kemudian seperti apa. Kalau di RSA sendiri kebetulan enggak terlalu banyak melakukan, apa, pasiennya enggak terlalu banyak yang ada di rawat inap jadi lebih banyak rawat jalan jadi memang evaluasinya dibuat dua hari sekali gitu kecuali ada <i>urgency</i> mendesak yang harus dilakukan evaluasi segera gitu terhadap sebuah kasus atau permasalahan yang sedang berkembang saat itu, gitu Dok.
dr. Fushen	Oh, oke oke. Kalau untuk yang kasus spesialistik tadi Dok, selama <i>volunteer</i> -nya tidak tersedia, atau misalnya agi, lagi ganti shiftnya yang satu bulan gitu, itu apakah kasus-kasus spesialistik artinya akan ditangani oleh dokter umum atau gimana Dok?
dr. Stephanie	Kita lihat urgensinya, tingkat .. tingkat apa itu namanya, kompetensi. Jadi kalau tingkat kompetensinya masih bisa dilakukan oleh dokter umum, dilakukan oleh dokter umum, tapi apabila tidak maka dirasa ini adalah elektif, maka masih bisa terjadwal, kayak misalnya tumor-tumor dan penjadwalan operasi yang tidak <i>cyto</i> dan elektif itu didaftarkan. Jadi didaftar dulu terus kemudian ketika dokter spesialisnya datang kita akan melakukan asesmen, jadi asesmen ulang dengan dokter spesialisnya baik itu spesialis obgyn ataupun bedah. Saat ini kan untuk di RSA sendiri memang kita belum pernah sampai ke spesialis yang lain nih, kebetulan hanya obgyn dan bedah yang banyak berperan di RSA gitu, tapi kalau misalnya sifatnya adalah <i>cyto</i> , misalnya dia datang dengan akut abdomen kemudian kita ketemu pasien itu di IGD maka tidak bisa dilakukan tindakan, ya dokter umumnya akan melakukan sebisanya untuk, dalam hal ini akan lebih kearah kepada penanganan awal, kemudian diedukasi, kemudian dibawa ke rumah sakit terdekat yang ada di tempat tersebut. Kalau misalnya tidak ada maka ke puskesmas ataupun mengikuti rujukan kota atau kabupaten tersebut, mengikuti regulasinya mereka, gitu.
dr. Fushen	Ya, Dok. Kalau eh .. untuk dokter umumnya sendiri apa ada pelatihan untuk hal tersebut Dok?
dr. Stephanie	Terhadap apa nih Dok?
dr. Fushen	Untuk kasus-kasus <i>emergency</i> , apakah mereka dibekali dengan pelatihan khusus atau ya sesuai kompetensi dokter umum dari lulusannya gitu? Atau dari DoctorShare ada pelatihan khusus untuk dokter-dokter tersebut?

dr. Stephanie	Eh .. enggak sih, kalau dari DS sampai saat ini belum sampai sejauh itu. Jadi belum sampai melakukan pelatihan-pelatihan ataupun pembekalan kepada kasus-kasus tersebut. Dengan di- <i>hire</i> -nya temen-temen dokter umum sesuai dengan kompetensinya misalnya, seperti dokter pada umumnya sudah pernah melakukan .. memiliki kompetensi apa, ada yang sudah memiliki sertifikasi baik itu ACLS, ATLS jadi memang itu sesuai dengan kompetensinya mereka gitu. Untuk pelatihan-pelatihan tersendiri biasanya sih itu lebih ke arah individual. Jadi mereka mau melakukan pelatihan dan mereka memang masuk dengan mereka sudah melakukan pelatihan tersebut. Tapi kalau dari DoctorShare sendiri untuk saat ini belum ada sampai sejauh itu, tapi enggak tahu ya ke depannya mungkin ada pembekalan-pembekalan tersebut gitu. Cuman kalau memang dokter spesialis lagi hadir di kapal, kami juga meluangkan waktu untuk melakukan in-house training gitu lebih ke arah dokter spesialisnya memberikan pembekalan misalnya DSS kalau misalnya oleh dokter bedah kemudian .. atau pembekalan-pembekalan lain yang perlu diketahui untuk dokter-dokter umum sih Dok gitu, tapi itu kayak in-house aja, gak resmi dan gak ada sertifikasinya gitu.
dr. Fushen	Oh .. kalau keterlibatan masyarakat lokal tapi yang non medis apakah ada juga Dok? Maksudnya yang non perawat atau non bidan gitu, kader-kader kesehatan, apakah ada rencana dilibatkan untuk layanan RSA ini Dok?
dr. Stephanie	Eh .. terlibatnya seperti apa nih misalnya?
dr. Fushen	Enggak tahu, apakah sebagai membantu perawat, atau membantu farmasi atau yang lain gitu Dok? Halo, halo Dok, halo .. (telpon terputus sejenak)
dr. Stephanie	Iya Dok, sorry, sorry, jadi gimana?
dr. Fushen	Apakah ada keterlibatan masyarakat yang non medis Dok mungkin untuk membantu perawat atau pekerjaan yang lainnya di RSA?
dr. Stephanie	Sebenarnya saat ini untuk bantu perawat sih belum sejauh itu, cuman memang lebih ke arah, walaupun ada keterlibatan tenaga lokal non medis itu lebih ke arah kayak jatuhnya seperti <i>cleaning service</i> ya. Jadi misalnya kayak membersihkan ruangan kemudian dilatih untuk membersihkan laundry linen terus kemudian sampah-sampah, kayak gitu sih Dok saat ini belum ada kayak .. kalau di rumah sakit kan ada yang bantu in mandi atau apa gitu ya ..
dr. Fushen	Iya, iya ..
dr. Stephanie	Belum sih, belum saat ini sih masih kompetensinya perawat untuk melakukan itu.
dr. Fushen	Oke, mungkin yang terakhir Dok, ada update terkait perizinan untuk Rumah Sakit Apung enggak Dok?

dr. Stephanie	Saat ini sih masih mengacu pada Permenkes 3 tahun 2020. Bentar, bentar Dok. Saat ini masih mengacu kepada Permenkes nomor 3 2020, kalau untuk izin operasional rumah sakit bergerak itu di bawah dinas kesehatan kabupaten kota di mana lokasi Rumah Sakit Apung itu bersandar. Cuma memang ini masih agak rancu ya permenkes ini, karena Permenkes ini belum rampung dan belum ada eh .. sedikit apa ya maksudnya cuma ngomong itu doang di bawahnya gak ada lagi itu. Saat ini sih perizinan kementerian kesehatan sendiri mereka masih, masih gitu, masih ngikutin <i>statement</i> itu. Jadi <i>statement</i> dimana Rumah Sakit Apung, rumah sakit bergerak itu ngikutin Permenkes 3 2020 gitu. Cuma memang saat ini yang .. yang apa .. yang main di sektor rumah sakit apung ini bukan cuma DoctorShare ada juga yang lain jadi kayak merasa bahwa wah ini agak, agak apa ya, agak cukup dilematis kalau misalnya nanti kedepannya masih tetap seperti ini dan belum ada .. belum ada kejelasan regulasinya gitu.
dr. Fushen	Oh .. oke, oke. Jadi rencana kapan mulai operasional Dok yang RSA 3 Dok?
dr. Stephanie	Eh .. dalam bulan ini sih, dalam bulan ini.
dr. Fushen	Oh, jadinya di mana Dok? Jadi di NTB?
dr. Stephanie	Enggak, di Kepulauan Riau.
dr. Fushen	Oh, jadinya ke Riau?
dr. Stephanie	Iya, di Kepulauan Riau daerah Kabupaten Lingga.
dr. Fushen	Untuk berapa bulan Dok? 6 bulan?
dr. Stephanie	Tidak sih. Kalau untuk pengajuan sih 3 bulan, cuman untuk izin itu balik lagi ke kabupaten yang mengeluarkan izin, jadi kami ngikutin aja dari kabupaten apakah berapa bulan dan disetujui 3 bulan atau hanya beberapa bulan saja, eh maksudnya mungkin 1 atau 2 itu menjadi <i>concern</i> -nya tiap masing-masing daerah kan punya <i>concern</i> -nya sendiri tergantung kebutuhannya mereka juga gitu.
dr. Fushen	Tapi sekarang udah ada Dok izin operasional yang 1-3 bulan ini?
dr. Stephanie	Belum, masih dalam proses, proses pengajuan izin.
dr. Fushen	Oh, oke, oke. Mungkin sementara sih itu dulu ya informasinya Dok. Nanti kalau ada yang ditanya saya boleh kontak-kontak Dokter lagi ya Dok?
dr. Stephanie	Boleh, boleh silakan. Dokter ini buat tesisnya ya?
dr. Fushen	Iya, cuma memang waktu itu kehambat sama itu, sama pandemi sibuk nyiapin rumah sakit Dok. –end-

Transcript - Discussion with Benyamin Sihombing

Interviewer: dr. Fushen

Interviewee: Benyamin Sihombing

dr. Fushen	Sore Bang
Benyamin	Selamat sore Fushen
dr. Fushen	Oh, iya. Aku sih awal-awal masih <i>work from home</i> , tapi sekarang dua bulan terakhir ya udah mulai .. mulai tiap hari Bang, karena kan ini rumah sakit baru mau operasional. Kemarin sudah sempat baca powerpoint-nya Bang?
Benyamin	Sudah, sudah kubaca.
dr. Fushen	Iya jadi memang sebetulnya perlu masukan dari sudut pandang .. sudut pandang regulator ya, kan Bang Ben lama di kementerian kalau dari sudut pandang regulator kalau untuk pengembangan model gitu ya, pengembangan model yang membutuhkan regulasi khususnya di bidang kesehatan kita kan sangat .. sangat ketat ya ..
Benyamin	Betul ..
dr. Fushen	.. kalau terkait kompetensi, aturannya ketat ya, kalau memang ada usulan, mungkin Bang Ben udah dengar lah ya itu <i>task shifting</i> , udah cukup lama lah ya dari 2009, digunakan untuk HIV sama TB gitu, nah itu kalau pandangan Bang Ben untuk penerapan seperti itu di Indonesia gitu ya, kendalanya atau ada potensi gak sih mungkin itu diterapkan Bang?
Benyamin	Eh .. jadi pertama begini, kalau .. aku barusan ngobrol-ngobrol dikit sih dengan teman-teman apa .. di .. di PKR (Pelayanan Kesehatan Rujukan). Jadi aku kalau misalnya dari perspektif P2M (Pemberantasan Penyakit Menular), aku sudah punya pengalaman lah di situ ya program malaria terutama, kemudian untuk TB, kemudian juga untuk <i>neglected tropical disease</i> gitu seperti kusta, malaria, schistosomiasis. Nah, ini sesuatu yang berbeda kalau misalnya di P2M kemudian di <i>medical service</i> . Kalau misalnya di P2M itu, fungsi-fungsi yang diharapkan dari katakanlah ya non nakes, kader begitu, itu fungsi-fungsi yang mungkin tidak ke arah <i>emergency</i> karena itu perdebatannya cukup panjang itu. Salah satu contoh paling panjang itu pemanfaatan kader untuk pemeriksaan, pemeriksaan cepat jari untuk malaria itu ya ..
dr. Fushen	Oh, untuk malaria ya ..
Benyamin	Nah itu kan sebenarnya pekerjaan nakes, <i>medical</i> gitu jadi enggak boleh dikerjakan oleh non nakes, tapi seperti ide <i>task shifting</i> itu yang digagas oleh WHO memang tujuannya untuk mengisi <i>gap</i> dimana nakes belum tersedia banyak, kemudian banyak masyarakat yang butuh layanan sehingga memang

	itu didorong sehingga nakes bisa dimanfaatkan untuk pemeriksaan cepat jari itu untuk malaria, untuk usapan malaria itu. Nah Itu cukup panjang itu tarik menariknya mengenai itu, kendati siapa yang pro siapa yang kontra tentu yang pro kementerian kesehatan yang kontra tentu organisasi profesi. Jadi antara itu lah. Kalau Kemenkes kan dia sedikit <i>logic</i> untuk melihat kebutuhan kemudian kesehatan kita secara kuantitas tidak cukup, kemudian secara distribusi lagi itu jadi lebih masalah lagi gitu. Tapi sekarang program malaria memang sudah menggunakan kader untuk pemeriksaan jari itu. Khususnya di daerah-daerah yang terpencil, kalau di kota sih enggak ya.
dr. Fushen	Oh, boleh dikerjakan jadi akhirnya Bang?
Benyamin	Boleh, boleh. Kemudian yang sedang mengikuti dibelakangnya itu sekarang HIV.
dr. Fushen	Tapi dibuat payung hukumnya Bang?
Benyamin	Nah itu .. itu .. kalau misalnya ditanyakan payung hukumnya dalam bentuk permenkes, enggak, tetapi dalam buku panduan, panduan program malaria, itu disebut disitu kewenangan diberikan kepada kader untuk pemeriksaan eh .. darah cepat itu dan sekarang yang mengikut di belakang itu HIV. HIV merasakan hal yang sama, mereka menggagas juga, tapi aku kurang tahu ya layanan apa yang kader mereka mintakan untuk melakukan hal yang sama. Kayaknya layanan rapid test seperti itu juga ya kali ya.
dr. Fushen	Oh bukan ARV-nya ya Bang?
Benyamin	Obat maksudnya? Bukan, kalau obat itu sudah berjalan dan enggak masalah untuk <i>initiate</i> dan <i>maintaining</i> obat ARV itu.
dr. Fushen	Oh, oleh non nakes?
Benyamin	Iya. Jadi .. aku enggak tahu ya, tapi paling tidak setahun, dua tahun yang lalu sudah dalam diskusi itu. Nanti kalau mau pastinya, kita pastikan lagi dalam buku panduan HIV.
dr. Fushen	Tapi bukan permenkes juga ya Bang?
Benyamin	Bukan.
dr. Fushen	Oh ..
Benyamin	Tetapi sekarang itu buku panduan, buku panduan dari kemenkes itu, sebagian itu harus permenkes. Jadi kalau buku panduan itu, sebagian, kalau buku panduan utamanya lah, seperti TB misalnya, Pedoman Penanggulangan TB Indonesia, itu permenkes harus, tapi dia nanti punya buku-buku suplemen yang lain dan itu kayaknya enggak. Jadi harus buku yang utama itu, buku panduan utama itu yang dipermenkeskan.

dr. Fushen	Nah, yang itu kalau yang kemarin yang malaria, itu masuknya di buku panduan yang suplemen Bang?
Benyamin	Eh .. nanti aku coba pastikan deh itu. Apakah dia di suplemen apa di buku panduan utama.
dr. Fushen	Tapi permenkesnya itu kan sebetulnya hanya pemberlakuan dari buku panduan kan kalau enggak salah ya?
Benyamin	Jadi biasanya, buku panduan itu sekarang, buku panduan utama di kementerian kesehatan itu nanti ada permenkesnya di awal kemudian buku panduannya itu sebagai lampiran. Modelnya seperti itu.
dr. Fushen	Iya, jadi sebetulnya enggak .. bukan model mengatur itu kan, kalau permenkes kan ada pasal berapa, pasal berapa, ini kan enggak pasalnya hanya pemberlakuan buku tersebut tapi buku itu sendiri bukan, apa ya, ya bukan produk hukum lah kira-kira begitu ya ..
Benyamin	Sebenarnya produk hukum, itu produk hukum. Kalau misalnya nanti .. apa ya contohnya yang sempat masuk pengadilan itu ya .. dan rujukannya adalah buku itu yang ada permenkesnya itu.
dr. Fushen	Oh .. nah untuk di luar P2M kira-kira gimana Bang gambarannya?
Benyamin	Nah, untuk P2M itu agak sedikit antah berantah juga karena .. contoh yang paling nyata itu PONED ya. Di puskesmas poned itu dimana dokter umum kemudian diberikan otoritas, wewenang untuk melakukan tindakan-tindakan kebidanan. Nah pada .. pada waktu awal idenya kan seperti itu, untuk menurunkan angka kematian ibu, untuk menurunkan angka kematian bayi sehingga lebih kena PONED itu, kemudian dokter dilatih namun harus tetap ada dokter penanggung jawab di daerah situ, tetapi untuk hal-hal yang normal eh .. artinya ketika memang dokternya ada sekitar situ itu bisa berjalan, tetapi ketika enggak ada tetap menjadi .. menjadi isu dan kayaknya tahun lalu, tadi kita diskusi, tahun lalu itu masih menjadi sengketa antara kalau kita menyebutnya direktorat yang punya program, program kesehatan keluarga, kemudian dengan direktorat yang punya layanan yaitu layanan primer yaitu puskesmas. Sengketanya itu kalau dari direktorat eh .. layanan primer yang punya puskesmas itu, mereka enggak pingin bahwa tenaga kesehatan itu diberi kekhususan untuk diluar melayani diluar kmpetensi, kompetensi dia seharusnya, kalau dia dokter umum, tetapi kalau yang punya program ingin bagaimana ibu dan bayi ini selamat dengan mereka memberikan wewenang kepada mereka. Nah, yang berlaku normal saat ini memang mereka dilatih, dilatih <i>emergency</i> kebidanan, tindakan melakukan kuret dan segala macam itu mereka dilatih, tapi di jalan sampai tahun lalu itu masih belum <i>clear</i> mengenai itu. Jadi satu pihak bilang, yaudah dokternya pokoknya dilatih untuk melakukan resusitasi saja, memperbaiki keadaan pasien kemudian setelah bagus rujuk. Itu argumentasinya karena itu di luar kapasitas mereka, tapi yang lain bilang, ya itu

	tadi. Tadi aku tanya sama beliau itu dia bilang kayaknya masih belum putus sampai sekarang ..
dr. Fushen	Kalau ada pertentangan antar .. katakanlah antar direktorat atau tadi misalnya eh .. kementerian dengan organisasi profesi gitu, itu biasanya yang dilakukan apa ya Bang?
Benyamin	Sebetulnya bukan antar direktorat. Sebenarnya direktorat itu .. sebenarnya dibelakang direktorat itu ada organisasi profesi. Jadi pertentangan antar profesinya itu, <i>dispute</i> antar organisasi profesi karena para ahlinya direktorat itu ya organisasi profesi itu juga. Apa yang dilakukan, biasanya begitu-begitu nanti akan ada keputusan politik sih. Politik dalam tanda kutip ya, nanti Dirjen yang mengambil keputusan. Salah satu pasti enggak happy karena itu, tapi karena itu sudah diputuskan oleh dirjen berdasarkan beberapa pertimbangan kemudian itu berjalan.
dr. Fushen	Oh ..
Benyamin	Keberatan salah satu pihak begitu. Biasanya begitu.
dr. Fushen	Biasanya prosesnya lama enggak tuh Bang? Kalau pengalaman Bang Ben?
Benyamin	Tergantung eh .. para direktur itu cepat tidak membawa kasus itu ke Dirjen. Jadi yang, yang di daerah kerjaku itu di apa ya, di <i>antimicrobial resistance</i> , jadi itu ada <i>dispute</i> anatara PK dengan MK, wilayah ini dengan siapa .. sebentar aku jawab. (Informan angkat telpon personal)
dr. Fushen	Iya, ya .. Ya gimana Bang? Berapa lama biasanya kira-kira?
Benyamin	Ya itu, tergantung seberapa cepat direktur dibawahnya membawa masalahnya ke Dirjen. Jadi biasanya dia yang memutuskan. Jadi pengalaman di <i>antimicrobial resistance</i> itu sengketa antara PK, organisasi Paklin dengan Pamki mengenai wilayah siapa yang bertanggung jawab di rumah sakit dalam layanan <i>antimicrobial resistance</i> gitu. Nah itu cukup panjang sengketanya, cukup melelahkan juga debat-debatnya dan kemudian akhirnya sampai ke Dirjen, kemudian Dirjen memutuskan dalam permenkes itu yang bertanggung jawab adalah PAMKI, bukan PAMKI lah pokoknya ahli mikrobiologi klinik gitu dan ya itu, ketika diputuskan berjalan 8 rumah sakit, tetapi tetap ada lah sisa-sisa perlawanan. Contohnya RSCM itu enggak mengakui surat permenkesnya itu, permenkesnya itu tentang <i>antimicrobial resistance</i> bahwa penanggung jawabnya itu adalah eh .. mikrobiologi klinik. Jadi kalau di apa, di RSCM itu penguasanyalah PK. Rumah Sakit UI itu penguasanya PK, jadi MK itu ditendang, ditendang mereka enggak bisa masuk. Gitu-gitu lah sampai sekarang padahal sudah diberlakukan permenkesnya.
dr. Fushen	Oh .. itu antar, antar organisasi profesi lah ya berarti.

Benyamin	Ya
dr. Fushen	Yang di negara lain juga kebanyakan begitu sih, organisasi profesi. Kalau Bang Ben pernah denger itu gak ya dulu eh .. dokter dengan kewenangan tambahan? Sempat dibahas gak ya? Sekitar tahun 2000 .. wah udah lama ya 2008 apa 2009, 2010 gitu. Pernah ada wacana tuh dari kemenkes juga sebetulnya. Jadi dokter itu dilatih ..
Benyamin	Ehm .. dokter yang mana?
dr. Fushen	Mereka satu tim obgyn, anak, anastesi, dokter umum dilatih 3 bulan kemudian ditempatkan kembali ke daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Itu dulu pelatihannya kalau enggak salah di UNAIR, di UNHAS lalu dibalikin lagi dikirim ke Papua, ke NTT, ke Maluku. Dulu kalau enggak salah sekitar tahun 2000 .. 2009, ya sekitar 2009-2010 gitu lah Bang, 2010an mungkin.
Benyamin	Kayaknya aku pernah dengar sih tapi enggak begitu mendalami.
dr. Fushen	Setelah itu sih enggak lanjut. Setahuu enggak lanjut, saat itu pilot project, sempat dilakuin tapi enggak lanjut kayaknya sih karena itu ya, keberatan itu ya organisasi profesi ya. Karena waktu itu dokter umumnya dilatih untuk sectio, terus yang dokter umum dilatih anastesi ya mereka dilatih untuk spinal, ya dokter yang dilatih untuk anaknya ya untuk resusitasi neonatus gitu, per tim tiga orang kalau enggak salah.
Benyamin	Jadi memang, ehm .. halangan terbesar itu yang menurutku agak rigid itu organisasi profesi karena sepertinya, sepertinya mereka mencoba melindungi profesi mereka. Terlampaui banyak orang dengan kemampuan ini, ngapain sekolah gitu. Kira-kira seperti itu sih pemikiran mereka.
dr. Fushen	Tapi kan enggak ada itu, selain jumlah, tapi ada masalah distribusi. Walaupun mereka sudah katakanlah jumlah spesialisnya cukup banyak gitu tapi kalau terkonsentrasinya semua di Jawa tetap aja mau ditambah berapa banyak pun yang di daerah-daerah itu kan tidak terpenuhi kan ya Bang.
Benyamin	Betul. Jadi itu memang masalahnya itu. Jadi yaitu lah di satu sisi bagus juga sih, mereka mencoba mempertahankan <i>quality</i> daripada layanan tapi di sisi lain kemkes juga memperhatikan bukan cuma orang yang di kota yang mendapatkan layanan berkualitas, tapi juga yang ada di ujung-ujung sana gitu supaya dapat layanan juga. Jadi biasanya .. banyak sih pertentangan-pertentangan itu ya, ketika dulu mau program apa .. peluncuran program vaksinasi hepatitis, itu ketika dalam diskusi dengan kemkes dan organisasi profesi ada salah satu profesor bilang, enggak bisa jadi itu kita harus pastikan dulu antibodi untuk hepatitisnya karena versi hepatitis banyak di Indonesia, baru kalau enggak ada kita vaksinasi. Nah kemudian salah satu teman di apa, di kemkes bilang bahwa, kalau misalnya di ujung Kalimantan sana enggak ada Prodia Prof, jadi bagaimana kita memastikan itu. Jadi antara, antara akses dengan kualitas itu

	yang memang selalu menjadi kata kunci antara organisasi profesi dengan kementerian kesehatan.
dr. Fushen	Oh .. kalau di ini, di pengalaman Bang Ben di P2M itu, tadi untuk malaria, atau untuk TB gitu ya, untuk pemberdayaan yang non nakes atau nakes yang non dokter itu apakah dilakukan pelatihan terstruktur? Misalnya tadi untuk pemeriksaan dengan jari itu, apakah dilakukan pelatihan terstruktur untuk mereka atau gimana sih biasanya tahapannya Bang?
Benyamin	Jadi sebenarnya ada pelatihan gitu. Jadi sebenarnya kalau <i>task shifting</i> , pekerjaan yang dilakukan oleh nakes dikerjakan oleh non nakes dalam hal ini kader, selama itu layanannya non medical itu enggak ada masalah. Misalnya kusta, pemeriksaan .. pemeriksaan perca, itu dilakukan oleh kader itu. Jadi pemeriksaan perca, melakukan pemeriksaan perca, ngetes sendiri pakai ujung kapas itu setelah nanti dia .. dia nyatakan bahwa ini kurang rasa dibandingkan ini, kemudian nanti dia lapor nanti datang istilah kami itu wasor, wasor kusta,, kemudian dia yang memastikan bahwa itu dia diagnosa atau tidak dan kader itu dilatih. Jadi dilatih cukup .. kayaknya 2 hari mereka dilatih, bukan cuma teori tapi juga praktek. Jadi mantan kader dilatih mereka tes pakai kapas dan lain-lain. Kalau yang gitu-gitu biasanya enggak ada masalah sih, mulai dari penyuluhan dan lain-lain, tetapi kalau sudah masalah obat nanti kemudian masalah darah, pemeriksaan yaitu tadi seperti malaria, itu biasanya perdebatannya dengan organisasi profesi yang sangat-sangat panjang. Itu biasanya melelahkan. Pelatihan tetap harus ada pelatihan.
dr. Fushen	Kalau untuk ininya Bang, yang seringkali kan waktu aku di Papua segala tuh yang jadi pertanyaan, kalau untuk monev-nya sendiri itu gimana ya Bang? Monev secara umum untuk program-program pelatihan dikerjakan enggak sih atau optimal enggak sih sebetulnya? Dari segi monitoring dan evaluasi bahwa ya, orang ini sudah dilatih kemudian itu dia dilepas katakanlah untuk bekerja nah hasil pekerjaannya itu apakah masih terus dilakukan monitoring atau evaluasi, atau seringkali ya kalau yang saya amati, seringkali tidak terlalu baik untuk monev-nya ya di Indonesia.
Benyamin	Enggak, jadi memang, monev kalau misalnya kader gitu ya, biasa enggak dilakukan monev sih. Jadi ketika dilatih kemudian mereka dilepas gitu ya untuk ke pasien atau untuk melakukan <i>health education</i> , eh .. biasa mereka berkomunikasi dengan wasor-nya atau penanggung jawab dokternya misalnya ketika ini dan kalau misalnya, katakanlah contohnya untuk kusta, oh ternyata ibu salah dia bukan agak kurang rasa dia waktu itu agak sedikit <i>confused</i> rasa atau tidak jadi ini bukan kusta misalnya seperti itu, jadi feedbacknya biasanya dari pengelola program, tetapi jadi untuk monev khusus itu enggak sih, karena yang jadi kader juga, khususnya di desa-desa itu ya kader itu enggak dibayar. Hanya waktu dulu, kira-kira beberapa tahun yang lalu, waktu mendagri-nya siapa ya istrinya sih bikin aturan gitu jadi kader itu juga butuh dukungan biaya, jadi waktu itu kemkes ngikut jadi kader-kader itu diberikan uang jalan lah.

dr. Fushen	Oh ..
Benyamin	Tapi kebanyakan kayaknya sekarang sih, sekarang kembali enggak jadi untuk me-monev itu, ya gitu lah ketika dia mau ikut saja syukur gitu.
dr. Fushen	Iya .. kalau itu mereka kader itu pelatihan ada, ada jangka waktu enggak sih? Misalnya kalau kita nih beberapa .. misalnya kalau dokter tuh, kita ACLS, ATLS itu kan ada jangka waktu tuh, ada masa berlaku lah, masa berlaku kompetensi atau sertifikatnya itu, apakah ada jangka waktu seperti itu juga atau enggak ya Bang?
Benyamin	Enggak, enggak ada, kalau kader enggak ada.
dr. Fushen	Enggak ada ya. Kan kalau kita nih, kayak dokter umum walaupun tidak dilakukan <i>statement</i> kamu cuma dapat jadi dokter umum sekian lama tapi kenyataannya kita setiap 5 tahun kita harus perpanjang STR dengan mengumpulkan SKP gitu, kalau kader berarti bebas ya Bang?
Benyamin	Bebas. Ya mau aja syukur, gitu lah kira-kira.
dr. Fushen	Iya, ya. Jadi kalau tantangannya tadi memang lebih ke arah ee .. organisasi profesinya ya.
Benyamin	Ya.
dr. Fushen	Oh, oke. Kira-kira dari Bang Ben ada masukan enggak ya atau saran eh .. selain tadi terkait organisasi profesi kalau kita mau mengembangkan atau mau menggali potensi dari <i>task shifting</i> ini, itu hal-hal apa yang perlu atau bisa dilakukan ya Bang?
Benyamin	Ehm .. yang pertama aku pikir mengenai <i>task shifting</i> ini enggak begitu populer sebenarnya di Indonesia. Jadi kayaknya Kemenkes sendiri enggak begitu apa .. jadi begini di kemenkes itu kan pihak yang bertanggung jawab untuk ketenagaan SDM itu kan PPSDM kemenkes. Dia itu yang sebenarnya bertanggung jawab untuk itu, tetapi untuk <i>task shifting</i> ini jarang keluar dari mereka, justru <i>task shifting</i> ini keluar dari program, misalnya program TB, program malaria, pokoknya dari user lah yang membutuhkan. Padahal menurutku sebenarnya mereka harus melihat kebutuhan dan .. kebutuhan di lapangan, kemudian kenyataan tenaga yang ada saat ini dan kemudian mereka bikin kebijakan baru, seharusnya mereka yang melakukan, tapi selama ini program yang mendorong. Jadi misalnya program untuk HIV begitu ya kemudian malaria dan itu memang dorongan dari luar, contohnya dari WHO kemudian dorongan dari GlobalFund yang menaungi di TB, AIDS, malaria jadi dorongan itu datang dari sana kemudian kemkesnya meng- <i>adopt</i> gitu, menyetujui, tapi kalau menurutku sih jangan dari <i>user</i> gitu itu harus merupakan kebijakan khusus yang permenkesnya khusus, kemudian mereka mengidentifikasi program-program yang memang butuh .. butuh tenaga-tenaga

	<p>non nakes yang diberikan wewenang khusus, harus dari situ gitu. Jadi mungkin kelemahannya ya di situ. Jadi sebenarnya PPSDM harus <i>mapping</i> dulu mengenai kebutuhan dan kemudian bagaimana mengisi gap-nya, jadi kalau begitu lebih bagus. Nah yang kedua tentunya tantangan dari profesi. Tantangan profesi ini .. ini bola liar kalau menurutku. Jadi kalau misalnya, enggak tahulah mungkin Fushen sudah mulai berinteraksi dengan mereka juga, bola liarnya kenapa, tergantung nanti pengurusnya yang datang. Misalnya di kemkes diundang IDI yang datang si A, oke setuju, kemudian yang datangnya si B udah enggak setuju dia lagi, ..</p>
dr. Fushen	Iya, ya betul juga ..
Benyamin	Padahal dia itu bawa nama IDI, sama-sama bawa nama IDI gitu. kadang-kadang, itu yang aneh.
dr. Fushen	Iya, iya, iya ..
Benyamin	Itu yang paling kacau. Yang kedua itu kalau misalnya ganti pengurus. Biasa ganti pengurus kan seperti organisasi politik kadang-kadang. Misalnya dulu setuju, oh itu kepengurusan lama ini harus .. kalau kita sih sekarang enggak
dr. Fushen	Repot juga ya jadi gitu.
Benyamin	Ya. Jadi kalau kemkes kan punya seperti GBHN kan ke depan ini nanti menterinya paling dia revisi dikit aja itu, paling program yang utama biasa mengikut. Nah cara menjinakkannya organisasi profesi ini, kalau kita di WHO, biasa memang diikutsertakan <i>meeting, meeting</i> di global. Jadi kalau biasanya ikut meeting di luar tetapi meeting organisasi profesi biasa agak kecil sih, apa dia, <i>scope</i> pemikirannya agak sempit, tapi kalau misalnya kita ajak di global dimana ada negara lain bukan cuma profesi dia aja tetapi dia mencoba melihat kebutuhan dari katakanlah kebutuhan dari profesi lain, kemudian tantangan global dunia seperti apa dan kemudian dia di Indonesia ini di WHO memang seperti itu. Jadi istilahnya bukan masalah ke luar negerinya karena teman-teman dokter sering juga ke luar negeri, tetapi meeting WHO itu agak bergengsi bagi mereka
dr. Fushen	Halo Bang? Sorry, mungkin kusambung telpon bentar lagi kali Bang. Kalau mungkin terakhir sih pertanyaan tadi sih bang, kalau eh .. kalau dari enggak tahu ya Bang Ben tahu enggak ya kalau dari PPSDM tadi kan tidak populer ya si <i>task shifting</i> itu, kira-kira kenapa ya Bang? Maksudnya kan mereka pasti pernah .. mungkin dengar lah ya, maksudnya ada pandangan enggak mungkin Bang Ben tahu, dari PPSDM pandangannya seperti apa mengapa mereka tidak, tidak apa ya .. tidak mendorong atau mengembangkan ke arah sana gitu?
Benyamin	(dilanjutkan melalui telpon personal - 33:20-34:57)
dr. Fushen	Oh, hmm .. oh iya yang aku denger sih terakhir tahun 2010 atau 2000 berapa

	<p>yang aku dengar dokter dengan kewenangan tambahan itu. Cuma memang waktu itu ribut dari organisasi profesi kan merasa .. misalnya katakanlah tindakan obgyn gitu oke dokter umumnya dilatih kompeten, <i>qualified</i>, ada dokter anastesinya, dokter umum anaknya gitu nah yang jadi pertanyaan mereka adalah kalau di satu kabupaten itu tidak ada dokter anastesi, dokter anak, dan dokter obgyn okelah tim ini mengerjakan nah pertanyaannya kalau suatu hari ada dokter obgyn datang ke kabupaten itu, mereka ngapain (tertawa), itu yang ang jadi pertanyaan itu tuh, kalau enggak salah satu, salah satu pertanyaan pemicunya itu. Misalnya di situ ada dokter obgyn, lantas dokter umum yang sudah dilatih ini apakah kewenangannya ditiadakan atau dipindah ke tempat lain, nanti kalau pindah di tempat lain ada dokter obgyn ... Jadi kan si dokter umumnya yang jadi tidak, tidak .. jadi enggak pasti iya nanti pada .. padahal udah dilatih tiga bulan, dua-duanya punya kompetensi yang sama. Nah kalau dua-duanya diizinkan melakukan tindakan yang sama, katakanlah dokter umum dan obsgynnya sama-sama diizinkan, nanti ribet lagi nanti pasiennya kemana dong, kalau pasiennya lebih milih ke dokter umum kan, dokter obgynnya juga jadi enggak enak. Itu sih perkembangan terakhir, setahuku waktu kuikuti seperti itu, terus setelah itu udah enggak pernah muncul tuh karena waktu itu pilot project jadi di berita segala juga enggak ada ada, ada projectnya PPSDM. Gitu sih mungkin Bang.</p>
Benyamin	(dilanjutkan melalui telpon personal - 36:59-37:06)
dr. Fushen	Iya ..
Benyamin	(dilanjutkan melalui telpon personal - 37:07-37:20)
dr. Fushen	<p>Sebetulnya rumah sakit apung yang paling terkenal ya, yang terkenal itu kan si dr. Lee. Dokter Lee sendiri kapalnya ada tiga. Satu, yang pertama, yang terkenal untuk baksos-baksos, yang kedua yang tidak terlalu terkenal karena baru berlayar sekitar satu tahun terus rusak setelah itu sekarang sudah enggak aktif, nah yang ketiga itu yang baru yang untuk rawat inap. Rawat inap itu kapal besar itu memang untuk rawat inap bukan untuk baksos. Kalau yang rawat inap dulunya mau masuk ke Maluku, tapi enggak bisa, enggak jadi mungkin dari perizinannya atau gimana lah sama pemda setempat. Sudah dijajaki cukup lama tapi enggak jadi. Mereka sih waktu itu mulai pilot projectnya, tapi pilot projectnya berupa baksos tuh kalau enggak salah di Kalimantan Timur apa Kalimantan Barat kalau enggak salah. Itu pilot project saja, hanya sebatas baksos itu di sana. Sekarang rencananya mereka akan ke Riau kalau enggak salah, terakhir .. terakhir mereka aku telpon. Mereka akan mulai <i>stay</i>-nya maksudnya yang <i>stay</i> 3 bulan atau 6 bulan itu di Riau untuk rumah sakit yang rawat inap ini. Jadi sekarang lagi penjajakan dengan pemda setempat. Itu yang satu grupnya DoctorShare atau dr. Lee Darmawan itu. Nah, kalau rumah sakit apung yang lain sebetulnya yang rumah sakit tentara itu pasti ada, KRI itu pasti ada, tapi keperluannya memang mungkin lebih ke militer dan bencana ya sebetulnya. KRI Suharso apa siapa itu ada. Satu lagi yang dikembangkan itu</p>

	<p>yang punya UNAIR, Satria apa ya itu mereka sebutnya, Satria Airlangga apa ya. Alumninya UNAIR itu bikin, ya sebenarnya terinspirasi sama si dr. Lee Darmawan. Nah UNAIR waktu tahun 2000, 2018 deh kalau enggak salah waktu pertama aku nulis ini, mereka tuh belum aktif, mereka baru sekali-kali aja. Nah terakhir karena banyak bencana, mereka cukup aktif tuh, waktu itu ke Palu, ke beberapa tempat lah. Nah jadi kemarin terakhir ku telpon ke DoctorShare itu sekarang perkembangan terkait regulasi jadi lebih susah. Ya lebih susah karena seolah-olah jadi banyak pihak yang harus difasilitasi. Misalnya kalau mengeluarkan permenkes atau apa kan berarti harus memperhatikan lebihbanyak, karena ini lebih banyak yang mulai mengembangkan gitu, nah itu jadi, jadi kendala. Oh, sebetulnya kita ada satu lagi sih Bang, kliniik itu, klinik terapung musi itu, yang pernah kita masukin, kita umumin di PMDN itu. Itu kalau enggak salah dari, eh .. dukungannya sih kalau enggak salah dari luar, dukungannya dari luar, dari Singapore atau Australia aku lupa tapi setauku legalnya tetap yayasan dari Indonesia ya tapi aku waktu itu belum sempat, belum sempat kesana sih. Sempat mau kesana sih tapi belum jadi. Itu sebenarnya kan bentuknya rumah sakit atau klinik sih mereka sebutnya, tapi secara pengaturan aku belum tanya lebih lanjut tuh, harusnya enggak ada izin ininya ya .. izin operasional.</p>
Benyamin	(dilanjutkan melalui telpon personal - 41:21-41:43)
dr. Fushen	He ehm ..
Benyamin	(dilanjutkan melalui telpon personal - 41:45-42:03)
dr. Fushen	Iya ..
Benyamin	(dilanjutkan melalui telpon personal - 42:03-42:12)
dr. Fushen	<p>Iya betul. Jadi aturan maksudnya definisinya rumah sakit apung itu ada sebetulnya tapi peraturan pelaksanaannya tidak ada. Definisinya ada baik itu mau bentuk kereta, mau bentuk apa itu ada, rumah sakit bergerak kita sebutnya. Eh .. tapi cuma pengaturan teknisnya, persyaratannya apa, ketenagaannya bagaimana itu enggak ada, sampai sekarang enggak ada. Mungkin memang enggak dikembangkan ke arah situ.</p>
Benyamin	(dilanjutkan melalui telpon personal - 42:50-44:03)
dr. Fushen	<p>Iya betul. Itu di beberapa daerah emang ada bang. Waktu itu aku udah pernah ingetin juga teman-teman. Itu sebetulnya tidak boleh itu secara peraturan perundang-undangan. Itu sebenarnya dimana ya waktu itu, itu di Papua atau di NTT itu emang ada dokter asing, kubilang itu enggak boleh setahuku, tapi mereka bilang mereka dapat izin terus kubilang ehm .. kita aja ikut pertemuan sama kemenkes, sama IDI aja selalu dibilang, yang diwanti-wanti dan dibahas itu kan terkait MEA. MEA itu kan selalu bahas tentang dokter asing kan. Setahuku sampai terakhir itu, aku ikut acaranya IDI sama kemenkes itu, belum</p>

	<p>ada keputusan bahkan kita masih cenderung melindungi dokter Indonesia, tidak membuka pintu untuk dokter-dokter asing, kalau membuka pintu sangat-sangat ketat dan lebih ke arah transfer knowledge gitu. Nah makanya waktu teman-teman bilang ada yang praktek di daerah sudah aku ingetin waktu itu. Soalnya secara hukum pasti kalau ada apa-apa gak akan kuat itu. Oke .. mungkin kira-kira begitu ya Bang. Makasih banyak Bang Ben untuk informasinya nanti kalau ada yang mau kutanya-tanya kuhubungi lagi ya bang.</p>
Benyamin	<p>(dilanjutkan melalui telpon personal - 45:33-45:42)</p>
dr. Fushen	<p>Ya, siap-siap Bang. Oke terima kasih banyak Bang Ben. Ya, selamat sore, Tuhan berkati.</p>