

BAB 8

DESENTRALISASI MANAJEMEN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN :

Pengalaman Implementasi Di Daerah Istimewa Yogyakarta

Andreasta Meliala

PENGANTAR

“Since the obstacles blocking the shifts toward better implementation of good strategy are attitudes, ways of working, people and legacy cultures, the human resource function should be the natural leader”.
(Munchiri, 2000)

Sumber Daya Manusia (SDM) adalah ancaman bagi pelaksanaan kebijakan, strategi, program dan prosedur apabila tidak dikelola dengan seksama. Desentralisasi sebagai kebijakan, berniat untuk memperbaiki kinerja sistem dalam hal efisiensi, kualitas pelayanan, sampai dengan mempromosikan demokrasi dan akuntabilitas¹³⁵, termasuk di Indonesia, dengan desentralisasi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan. SDM sebagai operator dari sistem sudah diketahui menjadi kunci sukses dalam pelaksanaan desentralisasi¹³⁶. Namun, pada praktiknya menurut Kanji (1991) dalam banyak proposal desentralisasi aspek SDM masih terbatas pembahasannya¹³⁷. Selain itu, isu tentang SDM sering terpinggirkan oleh isu lain seperti *organizational change*, reformasi sektor keuangan, dan restrukturisasi hubungan antara bidang *private-public*¹³⁸.

Hal ini disebabkan oleh beberapa hal di antaranya mengelola SDM berarti mengubah perilaku, dan perilaku adalah salah satu aspek individu yang paling sulit untuk diintervensi.¹³⁹ Hal lainnya bahwa indikator keberhasilan manajemen SDM sangat kompleks. Dimulai dari sisi input (administratif), proses (kinerja), dan output (*result*), yang dilanjutkan dengan peningkatan kinerja sistem (*outcome-impact*) secara keseluruhan. Sebab lainnya adalah biaya dan waktu yang diperlukan untuk melakukan perubahan tidak sedikit, bahkan dapat dikatakan mahal.¹⁴⁰ Walaupun sulit, mengingat SDM adalah *intellectual capital* yang sangat berharga, manajemen SDM penting untuk dipraktekkan dan dibahas tanpa harus menaruh harapan terlalu tinggi pada hasilnya, mengingat keterbatasan di atas.

Dalam tulisan ini akan dibahas pengalaman desentralisasi di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dalam bidang manajemen sumber daya manusia. Provinsi DI. Yogyakarta terdiri dari empat kabupaten (Gunungkidul, Bantul, Kulonprogo, dan Sleman) serta satu kota (Yogyakarta). Seperti diketahui, Provinsi DI. Yogyakarta adalah tempat berlangsungnya proyek

¹³⁵ Bossert, T. (1998). Loc.cit

¹³⁶ Wang, Y., Collins, C., Tang, S., Martineau, T. (2002). Health system decentralization and human resources management in low and middle income countries. *Public administration and development*.22,439-453.

¹³⁷ Saide M., Stewart, D. 2001. Decentralization and human resource management in the health sector : a case study (1996 – 1998) from Nampula province Mozambique. *International Journal of Health Planning and Management*.16, 155 –168.

¹³⁸ Wang, Y., Collins, C., Tang, S., Martineau, T. (2002). Health system decentralization and human resources management in low and middle income countries. *Public administration and development*.22,439-453.

¹³⁹ Steers, R. M., Porter, L. W., Bigley, G. A. (1996). *Motivation and Leadership at Work*. Mc Graw Hill International Edition, Singapore.

¹⁴⁰ Mejia, L., R., G., Balkin, D., B., Cardy, R., L. (2002). *Managing Human Resources*. Prentice Hall International Inc. USA.

Bank Dunia dengan nama *Provincial Health Project* (PHP) I, yang juga dimaksudkan untuk mendukung keberhasilan implementasi desentralisasi di daerah ini. Oleh karena itu, relevansi pembicaraan mengenai desentralisasi, utamanya dari sisi manajemen SDM tetap terjaga.

Pola pembahasan menggunakan kerangka teori siklus manajemen SDM dengan menonjolkan aspek yang banyak terkait dengan fenomena di lapangan (misalnya rekrutmen, pemberdayaan, pengembangan dan utilisasi SDM). Fakta di lapangan dianalisis dengan konsep kebijakan dan konsep manajemen SDM yang relevan, sehingga akan didapatkan hasil kajian yang logis namun tetap konsisten dengan situasi di lapangan. SDM yang dimaksud dalam penelitian ini adalah SDM kesehatan dan SDM administratif yang terkait dengan kinerja organisasi administrasi dan penyedia pelayanan kesehatan. Dari sisi status menurut Sanri (1997) juga akan dibedakan SDM organisasi dengan status pegawai struktural dan pegawai fungsional¹⁴¹.

Pembahasan akan dimulai dengan pemaparan isu utama di bidang SDM dalam sistem kesehatan. Isu yang disampaikan adalah isu lokal yang relevan dengan isu nasional dan isu internasional. Berikutnya akan ditampilkan fakta-fakta sebelum desentralisasi, yang ditandai dengan diberlakukannya UU No. 22 Tahun 1999 dan beberapa peraturan lainnya. Dilanjutkan dengan menampilkan fakta-fakta setelah desentralisasi. Dari sisi strata pemerintahan yang dibicarakan dalam tulisan ini adalah gambaran seputar organisasi dinas kesehatan tingkat provinsi karena pada tingkat ini terjadi perubahan yang fundamental, baik dari sisi organisasi, tugas-pokok-fungsi, sampai dengan manajemen mikro

SDM. Sedangkan untuk dinas tingkat kabupaten/kota akan ditampilkan beberapa kebijakan yang diambil dan telah dioperasionalkan untuk mengatasi permasalahan yang berkaitan dengan pengelolaan SDM.

Hasil yang diperoleh dari pembahasan ini adalah kelebihan dan kekurangan pelaksanaan desentralisasi di Provinsi DI. Yogyakarta. Sedangkan rekomendasinya berupa usulan tentang aspek manajemen SDM yang optimal untuk dikelola secara mandiri oleh masing-masing tingkat pemerintahan dan aspek manajemen SDM yang optimal untuk dikelola secara sentral.

ISU UTAMA MANAJEMEN TENAGA KESEHATAN

Sesudah pembiayaan kesehatan, tenaga kerja merupakan sumber terpenting kedua dari kesulitan-kesulitan yang timbul dalam pelaksanaan desentralisasi¹⁴². Isu-isu paling relevan adalah yang berkaitan dengan *human resource planning* dan suplai tenaga, mengakibatkan distribusi tenaga yang tidak merata. Kemudian isu yang terkait dengan administrasi dan informasi, di antaranya:

1. Peranan organisasi yang mengelola kesehatan¹⁴³
2. Distribusi SDM yang tidak merata^{144,145}
3. Pola rekrutmen tenaga kesehatan dan pola ketenagaan,
4. Kebutuhan staf untuk kategori-kategori tertentu atau kebutuhan akan keterampilan-keterampilan yang lebih spesialisik¹⁴⁶
5. Supervisi, *training*, pemberdayaan, dan *utilisasi*¹⁴⁷
6. Pola pengurangan pegawai¹⁴⁸
7. Sistem informasi SDM¹⁴⁹

¹⁴¹ LAN. (1997). *Sistem Administrasi Negara Republik Indonesia*. Jilid III/edisi 3. PT Gunung Agung, Jakarta

¹⁴² Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990). *Health System Decentralization: Concept, Issues and Country Experience*. World Health Organization.

¹⁴³ Saide M, Stewart, D. (2001). Decentralization and human resource management in the health sector : a case study (1996 – 1998) from Nampula province Mozambique. *International Journal of Health Planning and Management*.16, 155 –168.

¹⁴⁴ Zurn, P, Dal Poz, M.,R., Stillwel, B, Adams, O. (2002). Imbalances in Health Workforce. WHO: briefing paper.

¹⁴⁵ Martinez, J, Martineau, T. (1998). Rethinking Human Resource: an agenda for the millenium. *Health Policy and Planning*, 13(4): 345-358.

¹⁴⁶ Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990).op. cit.

¹⁴⁷ Saide M., Stewart, D. (2001).op.cit

¹⁴⁸ Wang, Y, Collins, C., Tang, S, Martineau, T. (2002). Health system decentralization and human resources management in low and middle income countries. *Public administration and development*.22,439-453.

¹⁴⁹ Saide M., Stewart, D. (2001).op.cit

Di Provinsi DI. Yogyakarta¹⁵⁰, sebelum desentralisasi terdapat empat lembaga yang mengatur sistem kesehatan, yang terdiri dari Kantor Wilayah Depkes, yang menjadi kepanjangan tangan Depkes di provinsi dan kantor departemen, yang menjadi subordinat kantor wilayah provinsi di tingkat kabupaten. Lembaga lain adalah lembaga yang berada di bawah koordinasi pemerintah provinsi, yaitu dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten.

Dengan adanya empat lembaga yang mengatur sistem kesehatan, maka kegiatan supervisi di lapangan menimbulkan masalah yang berkaitan dengan *power and respect*. Telah terjadi kehilangan wibawa untuk satu lembaga dan kelebihan *respect* untuk lembaga lainnya karena memiliki *power* dalam kegiatan supervisi sehingga misi dari supervisi yang bertujuan untuk menciptakan perbaikan sering tidak tercapai.

Dilaporkan terjadi *inequitable distribution* dalam konteks profesi yang ditandai dengan tidak tersedianya dokter di setiap puskesmas, terutama di puskesmas yang berlokasi jauh dari kota dan sulit diakses, yang sering disebut sebagai *inequitable distribution* dalam konteks geografi.¹⁵¹

Kegiatan *Human Resource Planning* berada di Depkes, sehingga pola *recruitment* dan *transferral* tenaga kesehatan berada sepenuhnya dalam kebijakan pusat. Kemudian timbul masalah yang berkaitan dengan pola ketenagaan dan distribusi, karena tidak tersedianya informasi mengenai kebutuhan tenaga dan realokasi tenaga di masing-masing daerah. Untuk transfer tenaga kesehatan yang terjadi adalah kelambatan pengiriman tenaga ke daerah karena lamanya prosedur administrasi.¹⁵² Hal yang sama terjadi di Mozambique.

Dalam konteks pola ketenagaan, yang terjadi adalah:

- *Over-staffing* untuk tenaga nonprofesional (nonteknis)

- *Under-staffing* untuk tenaga profesional (tenaga teknis)

Dalam organisasi dinas, populasi terbanyak adalah tenaga administrasi, yang perekrutannya lebih bernuansa politis daripada nuansa kebutuhan. Di sisi lain, jumlah dokter dan bidan selalu tidak mencukupi karena siklus kerja yang pendek.

Dalam hal pelatihan tenaga kesehatan, program yang dijalankan adalah program pusat yang diselenggarakan di pusat atau di daerah. Hal ini menyebabkan sering terjadi *mis-match* antara kebutuhan pelatihan, yang terkait erat pada masalah di lapangan, dengan program yang diberikan.

Isu utama lainnya adalah pengurangan pegawai. Dalam kegiatan manajemen SDM PHP I, salah satu tujuannya adalah mengurangi tenaga nonprofesional sampai dengan 25% pada tahun 2005.¹⁵³

Bagian akhir dari isu utama dalam manajemen SDM ini adalah tidak tersedianya sistem informasi yang memadai, sehingga untuk informasi yang bersifat *basic* (seperti jumlah pegawai, jenis tenaga yang tersedia, lokasi, sampai dengan pangkat dan gaji) tidak tersedia. Meskipun tersedia kemutakhirannya sering dipertanyakan. Akibatnya, untuk menjalankan kebijakan yang berkaitan dengan SDM sering diambil keputusan yang tidak berlandaskan bukti karena tidak tersedianya *executive information*.

HARAPAN DENGAN

DIBERLAKUKANNYA DESENTRALISASI

Mengacu pada beberapa isu utama dalam manajemen SDM di atas, maka dalam PHP I diprogramkan kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi tantangan-tantangan tersebut. Tujuan-tujuan tersebut di antaranya:

¹⁵⁰ Taskforce HRM. (2002). Laporan Manajemen SDM di Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Provinsi DI. Yogyakarta. Yogyakarta, Indonesia.

¹⁵¹ Martinez, J., Martineau, T. (1998). Rethinking Human Resource: an agenda for the millenium. *Health Policy and Planning*, 13(4): 345-358.

¹⁵² Saide M., Stewart, D. (2001). Decentralization and human resource management in the health sector : a case study (1996 – 1998) from Nampula province Mozambique. *International Journal of Health Planning and Management*.16, 155 –168.

¹⁵³ HP I. (2003). Laporan Konsultan SDM & Restrukturisasi Organisasi. Yogyakarta

1. Penyatuan administrasi kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten
2. Pemberdayaan dinas tingkat kabupaten/kota sesuai dengan atmosfer UU No. 22 Tahun 1999.
3. Pemberian kesempatan untuk menjalankan fungsi manajemen SDM di tingkat provinsi atau di tingkat kabupaten/kota, seperti rekrutmen, penempatan, pemberdayaan, pemberian penghargaan, dan pelepasan.
4. Pemberdayaan SDM melalui pemberian fasilitas dan biaya untuk pendidikan
5. Pengurangan pegawai sampai dengan 25% pada tahun 2005

Sumber Data

Data dalam tulisan ini diperoleh dari kegiatan konsultan manajemen SDM PHP I selama tahun 2000-2003 dan hasil seminar serta *workshop* di dinas provinsi dan kabupaten/kota dalam periode yang sama.

SITUASI SEBELUM DESENTRALISASI

1. Gambaran Kantor Pengelola Kesehatan dan Sosial Provinsi Sebelum Desentralisasi

Semula, pembangunan sektor kesehatan dan sektor sosial di Provinsi DI Yogyakarta dilaksanakan oleh dua lembaga yang saling terpisah. Masing-masing sektor memiliki dua lembaga dengan struktur organisasi yang saling berbeda. Terdapat empat lembaga yang mengelola bidang kesehatan dan kesejahteraan sosial masyarakat DI Yogyakarta. Keempat lembaga tersebut adalah Dinas Kesehatan Tingkat I Provinsi DI. Yogyakarta, Kantor Wilayah Depkes di Provinsi DI. Yogyakarta, Dinas Sosial Tingkat I Provinsi DIY, dan Kanwil Depsos Provinsi DIY. Untuk tingkat di bawahnya, kanwil provinsi memiliki kantor departemen yang berada di tingkat kabupaten, sehingga di kabupaten terdapat kandep kesehatan dan kandep sosial, sedangkan dinas juga mempunyai perpanjangan

tangan di kabupaten yaitu dinas kabupaten, sehingga ada dua dinas lagi, dinas kesehatan dan dinas sosial kabupaten.

Masing-masing organisasi tersebut di atas memiliki berbagai macam kewenangan sesuai dengan kompetensi masing-masing. Kanwil menjalankan program departemen dan dinas menjalankan program pemerintah provinsi. Dengan demikian, untuk masalah kesehatan, kantor wilayah Depkes di provinsi bertanggung jawab langsung kepada Depkes di pusat, sedangkan dinas kesehatan bertanggung jawab langsung kepada gubernur.

Melalui Keputusan Menteri Kesehatan No. 1260 Tahun 1996 telah diatur susunan jabatan dan uraian jabatan di lingkungan organisasi kantor wilayah Depkes provinsi. Dalam keputusan ini sangat jelas bahwa struktur kantor wilayah telah ditetapkan langsung dari departemen. Adapun misi kanwil kesehatan provinsi¹⁵⁴ adalah:

Dicapainya efektivitas, efisiensi, kualitas optimal pembinaan dan pengendalian upaya kesehatan desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan; upaya kesehatan swasta dan instansi lain, usaha farmasi, makanan dan minuman; serta pembinaan program kesehatan, ketenagaan kesehatan, registrasi dan akreditasi di provinsi dalam rangka pencapaian misi Depkes.

Kantor wilayah Depkes mempunyai tugas:

Melaksanakan sebagian tugas pokok dan fungsi Depkes di provinsi yang bersangkutan berdasarkan kebijakan Menteri Kesehatan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. Untuk tingkat kabupaten, dengan wilayah yang kecil, dana yang terbatas dan SDM yang minimal, hanya mengerjakan program-program sederhana, yang dilimpahkan dari tingkat provinsi. Dalam situasi keterbatasan tersebut, masih terjadi pembagian lagi karena terdapat dua kantor yang menjalankan fungsi kesehatan dan fungsi sosial. Pada masa ini keberadaan kantor departemen di kabupaten nyaris tidak berfungsi.

¹⁵⁴ Kepmenkes No. 1260 Tahun 1996 tentang Susunan Jabatan dan Uraian Jabatan di Lingkungan Organisasi Kantor Wilayah Depkes Provinsi.

2. Human Resource Management Planning Process

Perencanaan tenaga kesehatan dilaksanakan di tingkat pusat sehingga untuk kegiatan rekrutmen, seleksi, hubungan kerja, penentuan gaji, sampai dengan penempatan keputusannya berada pada Depkes. Daerah diberi kesempatan untuk menjadi penyelenggara kegiatan seleksi, namun tidak mempunyai wewenang untuk membuat keputusan. Akibatnya, terjadi *inequitable distribution* yang kompleks,^{155,156} mulai dari geografi, profesi, sampai dengan institusi (dengan menumpuknya dokter di rumah sakit), dan gender.

Recruitment and Placement

Daerah diberikan kesempatan untuk melakukan *need assessment* dalam hal kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Namun, seringkali informasi ini tidak dipergunakan. Hal ini dibuktikan dengan masih terjadinya kekurangan tenaga teknis profesional (dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan sebagainya) di daerah.¹⁵⁷ Informasi kuantitatif mengenai rasio “puskesmas: dokter” tidak didapatkan lagi pada tingkat provinsi dan kabupaten. Sedangkan informasi dari Depkes menyebutkan rasio tersebut sebagai berikut (lihat tabel IV.1).

Rasio ideal yang ditetapkan oleh daerah tidak dapat dipenuhi karena daerah tidak mempunyai wewenang untuk melakukan rekrutmen secara mandiri. Hal ini disebabkan

Tabel IV.1. Rasio Dokter: Puskesmas (Depkes, 1998)

Provinsi	1994	1995	1996	1998
DI. Yogyakarta	2,16	2,41	2,13	1,82
DKI Jakarta	3,05	1,04	1,05	1,89
Aceh	1,42	1,02	0,97	0,96
Papua	1,65	0,63	0,62	0,78
NTT	1,63	0,52	0,48	0,56

belum adanya ide untuk merekrut, disamping kurangnya dana daerah dalam upaya memenuhi kebutuhan akan tenaga kesehatan.

Informasi dari Kabupaten Gunungkidul menunjukkan bahwa komposisi dokter di puskesmas rawat inap yang ideal adalah tiga dokter untuk satu puskesmas rawat inap, sulit diperoleh karena daerah ini kurang favorit dan tidak mempunyai dana untuk merekrut. Data Depkes yang menyebutkan komposisi 1:1+, di lapangan masih perlu dibuktikan lagi karena terdaftar belum tentu berarti berada di tempat. Sedangkan untuk puskesmas tanpa rawat inap, Gunungkidul menetapkan dua dokter untuk satu puskesmas, pada Tabel IV.1 tampak bahwa sejak tahun 1998 standar ini sudah tidak tercapai lagi.

Untuk tenaga spesialis, sampai dengan tahun 1999 hanya terdapat empat spesialis tetap ditambah 4 spesialis *part-timer*. Dokter *part-timer* tersebut adalah residen yang dikirim dari RS Dr. Sardjito.¹⁵⁸

Untuk penempatan tenaga, daerah akan mengalokasikan tenaga kesehatan yang disuplai oleh departemen ke unit kerja yang membutuhkan. Sebelumnya, secara nasional, Depkes menyediakan tenaga kesehatan untuk seluruh wilayah Indonesia dan menentukan tempat kerja dalam tingkat provinsi. Sedangkan untuk masuk ke unit kerja, akan ditentukan oleh provinsi dan kabupaten masing-masing.

Fenomena yang penting untuk dicatat adalah kuatnya posisi organisasi profesi di tingkat provinsi yang mampu mempengaruhi kebijakan penempatan tenaga di satu daerah. Hal ini mungkin yang menyebabkan terjadinya kekurangan tenaga kesehatan di satu tempat tertentu, di samping minimnya ketersediaan tenaga tersebut.¹⁵⁹

Career Path

Karier yang tersedia dalam sistem kepegawaian dinas adalah karier vertikal dalam struktural dan karier horisontal dalam fungsi.

¹⁵⁵ Martinez, J., Martineau, T. (1998). Rethinking Human Resource: an agenda for the millenium. *Health Policy and Planning*, 13(4): 345-358.

¹⁵⁶ Zurn, P., Dal Poz, M.,R., Stillwel, B., Adams, O. (2002). Imbalances in Health Workforce. WHO: briefing paper.

¹⁵⁷ Meliala, A. (2000). Three Years Working in Primary Care. Presented in School of Public Health, Innsbruck, Austria.

¹⁵⁸ Meliala, A. (2000).op.cit.

¹⁵⁹ Zurn, P., Dal Poz, M.,R., Stillwel, B., Adams, O. (2002). Imbalances in Health Workforce. WHO: briefing paper.

Penetapan karier vertikal dilakukan atas dasar kajian dari tingkat provinsi dan pusat, sehingga banyak pihak terlibat dalam keputusan tersebut. Misalnya, seorang dokter puskesmas dimungkinkan untuk menjadi kepala dinas kesehatan di kabupaten asal atau kabupaten lain. Seorang dokter puskesmas juga dimungkinkan untuk menjadi kepala dinas kesehatan provinsi atau menjadi pejabat di lingkungan dinas kesehatan provinsi atau kantor wilayah. Contoh lain, karier dokter puskesmas yang menjadi direktur rumah sakit di kabupaten lain. Dalam jalur vertikal ini, dengan lingkup provinsi yang luas, maka kesempatan untuk berkarier mempunyai rentang yang luas, baik dari sisi jalur karier maupun wilayah.

Untuk kelompok fungsional, terminologi fungsional melekat erat dengan tenaga kesehatan teknis yang bekerja di unit pelayanan, misalnya dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan sebagainya. Untuk nomenklatur fungsional lainnya, seperti entomologi, epidemiologi, dan nomenklatur fungsional umum lainnya (arsiparis, pustakawan, dll) jarang diperhatikan. Oleh karena itu, *career path* untuk seorang dokter puskesmas fungsional adalah sebagai praktisi medis di wilayah tersebut atau melanjutkan pendidikan untuk menjadi dokter spesialis.

Pada masa sebelum desentralisasi, dimungkinkan seseorang memiliki dua jabatan dalam satu waktu, yaitu jabatan struktural (sebagai kepala puskesmas) dan jabatan fungsional (sebagai dokter praktik). Dari sisi pendapatan, rangkap jabatan ini mendapatkan insentif dari dua jenis jabatan tersebut. Sebagai kepala puskesmas, ia akan mendapatkan insentif struktural dan tunjangan yang sesuai dengan pangkat/golongan. Sebagai dokter fungsional juga mendapatkan tunjangan fungsional dan insentif non material¹⁶⁰ langsung dari masyarakat berupa penghargaan sebagai dokter keluarga.

Hal ini dimungkinkan karena belum ada pemisahan yang jelas dalam bekerja (*job description*), antara peran sebagai kepala puskesmas (struktural) dan peran sebagai dokter praktik (fungsional). Saide et al. (2001)¹⁶¹ menyebutkan kekurangan jumlah tenaga adalah akar masalah sebenarnya.

Hubungan Kerja

Pada masa sebelum desentralisasi hubungan kerja tenaga kesehatan dengan Depkes bersifat langsung, terutama yang terkait dengan kenaikan pangkat, gaji, dan perpindahan. Sedangkan fungsi kanwil sebagai pengawas dan pembina. Supervisi di lapangan dilaksanakan oleh dinas kesehatan kabupaten. Oleh sebab itu, semua tenaga kesehatan memiliki No. Induk Pegawai (NIP) Depkes. Selanjutnya, semua pertanggungjawaban kerja, penghargaan, kesempatan untuk tugas belajar, dan prosedur pensiun, semuanya diatur oleh instansi induk yaitu Depkes.

Sebagai ilustrasi, jika seorang tenaga kesehatan akan berpindah tempat kerja (transfer), yang menentukan adalah Depkes. Masih teringat istilah “pojok maut” Depkes yang sangat menentukan penempatan seorang tenaga kesehatan. Apakah di daerah mata air atau di daerah air mata?

Sebagai pengganti dari Wajib Kerja Sarjana (WKS), pada masa ini juga berlaku WKS non- Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang disebut sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) untuk tenaga dokter, dokter gigi, dan bidan. Dengan menjalankan PTT, seluruh fasilitas administrasi bagi tenaga kesehatan akan didapatkan (misalnya: ijin praktik dan ijin untuk melanjutkan pendidikan). PTT bagi tenaga kesehatan hanya dapat dilakukan pada unit kerja puskesmas dan rumah sakit. Untuk daerah yang sulit dan “kering” dapat diprediksi bahwa tidak ada tenaga medis

¹⁶⁰ Milkovich, George T. (2004). Newman, Jerry M. *Compensation*. 7th edition McGraw Hill

¹⁶¹ Saide M., Stewart, D. (2001). Decentralization and human resource management in the health sector : a case study (1996 – 1998) from Nampula province Mozambique. *International Journal of Health Planning and Management*.16, 155 –168.

di puskesmasnya, sedangkan untuk daerah yang prospektif akan terjadi antrian tenaga medis.^{162,163}

Training and Education

Pelatihan dijadwalkan oleh Depkes melalui pembuatan program pelatihan dan penyediaan dana yang dapat dilaksanakan di daerah maupun di pusat. Untuk pelatihan yang bersifat nasional akan dilaksanakan di pusat, sedangkan untuk pelatihan yang bersifat rutin (misal: teknis fungsional untuk dokter baru) akan dilaksanakan di daerah. Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes) adalah penyelenggara teknis pelatihan. Kebutuhan akan program pelatihan tertentu telah ditentukan dari pusat. Jarang dilakukan *training need assesment* oleh daerah dalam upaya penetapan program pelatihan yang berbasis kebutuhan.¹⁶⁴

Tidak tersedia data yang jelas mengenai kuantitas kesempatan untuk mengikuti pendidikan. Namun, dari berbagai informasi dapat dipahami untuk mengikuti pendidikan terutama pendidikan nonspesialis tidak terlalu menarik karena selain harus mencari dana sendiri, juga tidak terdapat *benefit* yang signifikan dari sisi jabatan. Ini dapat dilihat pada Lampiran VXII SK Gubernur No. 81 Tahun 2001 tentang kualifikasi jabatan struktural, disebutkan bahwa untuk menduduki jabatan kepala dinas dan kepala subdinas diutamakan mereka yang berpendidikan S2. SK ini dibuat di masa desentralisasi, namun latar belakang analisisnya masih bernuansa sebelum desentralisasi.

Pengurangan Pegawai

Dengan regulasi yang demikian ketat, hampir tidak mungkin dilakukan pengurangan pegawai dalam sistem PNS. Banyak prosedur yang harus dilalui, yang melelahkan, untuk mengeksekusi keputusan pengurangan pegawai. Selain itu, dalam konteks *policy* dan filosofi

pengelolaan PNS di masa lalu, pengurangan pegawai adalah salah satu terminologi yang paling jarang dibicarakan dalam manajemen PNS.

SITUASI SETELAH DESENTRALISASI

1. Gambaran Kantor Pengelola Kesehatan di Provinsi DIY setelah Desentralisasi

Keberadaan organisasi pengelola kesehatan tingkat provinsi di Provinsi DIY di era desentralisasi ditetapkan dengan Peraturan Daerah (Perda) No. 5 Tahun 2001. Berdasarkan perda tersebut, pengelolaan sektor kesehatan dan sektor sosial di tingkat provinsi berada pada satu organisasi tingkat provinsi dengan nama organisasi Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Provinsi DIY.

Tugas dan kewenangan organisasi ini tertuang dalam SK Gubernur No. 102 Tahun 2001, yang menggantikan Kepmenkes No. 1260 Tahun 1996, dimana SK Gubernur tersebut menyebutkan: fungsi dan tugas dinas adalah sebagai pelaksana kewenangan pemerintah daerah di bidang kesehatan dan kesejahteraan, kewenangan dekonsentrasi serta tugas pembantuan yang diberikan oleh pemerintah. Menurut PP No. 25 Tahun 2000 kewenangan provinsi sebagai daerah otonom sebagai berikut:

1. Penetapan pedoman penyuluhan dan kampanye kesehatan.
2. Pengelolaan dan pemberian ijin sarana dan prasarana kesehatan khusus seperti, rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, dan rumah sakit kanker.
3. Sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi.
4. *Surveilans* epidemiologi dan penanggulangan wabah penyakit dan kejadian luar biasa.
5. Penempatan tenaga kesehatan strategis, pemindahan tenaga kesehatan tertentu antar kabupaten/kota serta penyelenggaraan pendidikan tenaga dan pelatihan kesehatan.

¹⁶² Saide M., Stewart, D. (2001).op.cit

¹⁶³ Gupta, N., Zurn, P., Diallo, K., Dal Poz, M., R. (2003). Assessing Human Resource for Health: what can be learned from labor survey. *Human Resource for Health*, 1:5

¹⁶⁴ Meliala, A. (2000). Three Years Working in Primary Care. Presented in School of Public Health, Innsbruck, Austria

Dengan diberlakukannya PP No. 8 Tahun 2003, terjadi lagi perubahan struktur organisasi dinas, baik di tingkat kabupaten maupun di tingkat provinsi. Namun, alasan untuk perubahan ini juga terkait dengan efektivitas dan efisiensi dinas dalam menjalankan tugasnya dalam sistem kesehatan.

Dalam PP No. 8 Tahun 2003, tidak disebutkan adanya indikator sosial untuk organisasi dinas kesehatan (misalnya: banyaknya panti asuhan yang dikelola, banyaknya gelandangan dan pengemis di satu wilayah, banyaknya pekerja seks komersial di satu wilayah, dan sebagainya). Melalui alasan ini, pada tingkat provinsi, dinas kesehatan dipisahkan dari dinas sosial. Juga dari sisi organisasi, dua organ dalam satu dinas akan menghambat pencapaian kinerja yang optimal karena beban masing-masing organ cukup berat.¹⁶⁵

Oleh karena itu, di tahun 2004 dinas kesehatan dan kesejahteraan sosial berubah lagi menjadi dinas kesehatan dan dinas sosial dan pemberdayaan perempuan. Namun, sampai tulisan ini dibuat, SK Gubernur untuk organisasi yang baru belum disahkan.

Untuk tingkat kabupaten, dengan diberlakukannya UU No. 22 Tahun 1999, keberadaan dinas kesehatan kabupaten adalah tetap, dengan menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai organ pemerintah kabupaten. Status dinas kesehatan meningkat, ditandai dengan kenaikan eselon kepala dinas dari eselon IIIa menjadi eselon IIb. Sesuai dengan Bab II dan Bab III undang-undang tersebut, pembagian daerah dan posisi dinas dituliskan :

BAB II

PEMBAGIAN DAERAH

Pasal 2

(1) Wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi dalam Daerah Provinsi, Daerah Kabupaten, dan Daerah Kota yang bersifat otonom,

(2) Daerah Provinsi berkedudukan juga sebagai Wilayah Administrasi.

BAB III

PEMBENTUKAN DAN SUSUNAN

DAERAH

Pasal 4

- (3) Dalam rangka Pelaksanaan asas Desentralisasi dibentuk dan disusun Daerah Provinsi, Daerah Kabupaten, dan Daerah Kota yang berwenang mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat.
- (4) Daerah-daerah sebagaimana pada ayat (1) masing-masing berdiri sendiri dan tidak mempunyai hubungan hierarki satu sama lain.

Adapun tugas dan wewenang kabupaten/kota adalah kegiatan yang belum dilaksanakan di pusat dan provinsi,¹⁶⁶ salah satu contohnya adalah:

1. Perencanaan dan Pengendalian Upaya Kesehatan dalam Penyehatan Lingkungan Hidup Kota
2. Penyelenggaraan Upaya dan Promosi Kesehatan Masyarakat Kota
3. Penyelenggaraan dan Pengendalian Upaya/ Sarana Kesehatan Kota, serta Pengaturan Tarif Pelayanan Kesehatan Lingkup Kota
4. Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi Lingkup Kota.
5. Pengelolaan Obat Pelayanan Kesehatan Dasar Esensial
6. Pengembangan Sistem Pembiayaan Kesehatan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dan atau sistem lain dalam lingkup Kota.
7. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit serta *Surveilans* Epidemiologi dan Penanggulangan Wabah/ Kejadian Luar Biasa lingkup Kota.

¹⁶⁵ PHP I. (2003). Laporan Konsultan SDM & Restrukturisasi Organisasi. Yogyakarta

¹⁶⁶ PP 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Provinsi Sebagai Daerah Otonom

8. Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Obat, Psikotropika, Zat Aditif dan Bahan Berbahaya Lingkup Kota.
9. Penelitian dan Pengembangan Lingkup Kota.
10. Bimbingan dan Pengendalian Kegiatan Pengobatan Tradisional.
11. Perijinan Pengelolaan Sarana dan Prasarana Kesehatan Umum, Praktik Tenaga Kesehatan dan Distribusi Pelayanan Obat.
12. Pengelolaan Tenaga Kesehatan Daerah.

Dengan perubahan tugas dan fungsi tersebut, masing-masing dinas merencanakan untuk melakukan restrukturisasi organisasi. Tujuan dari restrukturisasi ini untuk mengakomodasi kewenangan baru yang telah dilimpahkan, baik dari tingkat provinsi maupun dari tingkat pusat ke dalam komponen organisasi, sehingga kewenangan tersebut dapat dioperasionalkan. Kegiatan ini seharusnya sudah dilaksanakan pada tahun 2003. Namun, dengan terbitnya PP No. 8 Tahun 2003, agenda restrukturisasi ditangguhkan.

Kantor departemen keberadaannya terhapus bersama dilikuidasinya kantor wilayah provinsi. Dengan demikian, secara hierarki walaupun sama-sama menjalankan fungsi kesehatan, dinas kesehatan kabupaten tidak lagi bertanggung jawab kepada dinas kesehatan provinsi.

Untuk organisasi puskesmas juga telah mengalami perubahan. Di Sleman, kepala puskesmas memiliki dua orang koordinator, yaitu koordinator pelayanan klinis dan koordinator pelayanan kesehatan masyarakat. Harapannya agar kedua jenis pelayanan tersebut dapat

dilaksanakan lebih optimal. Sebelum desentralisasi kedua pelayanan tersebut sudah dilaksanakan, tetapi belum diformalkan secara struktur.

2. *Human Resource Management Planning Process*

Mengacu pada beberapa peraturan di atas, kegiatan perencanaan untuk SDM kesehatan seharusnya sudah berada di tingkat dinas kabupaten. Pada butir terakhir contoh kewenangan dinas kabupaten/kota adalah pengelolaan tenaga kesehatan, yang berarti melaksanakan manajemen dan fungsi SDM di wilayah masing-masing.

Recruitment and Placement

Aktivitas rekrutmen tenaga kesehatan untuk mencukupi kebutuhan tenaga di daerah telah berjalan dengan berbagai variasi di tiga kabupaten. Tabel IV. 2 dapat dilihat perbedaan pola rekrutmen yang diterapkan di masing-masing kabupaten.

Kabupaten Sleman menjadi *pioneer* untuk melakukan rekrutmen dokter dalam upaya memenuhi kebutuhan tenaga medis di puskesmas. Langkah ini menjadi pemicu bagi daerah lain, sehingga berani mengambil kebijakan serupa. Kota Yogyakarta sedang merencanakan untuk melaksanakan rekrutmen di tahun 2004 (saat tulisan ini dicetak, publikasi rekrutmen tenaga dokter sedang dimuat di media masa). Pola yang diambil adalah tenaga kontrak dengan fasilitas, gaji, dan kesempatan yang sama dengan tenaga kontrak pusat.

Tabel IV.2. Rekrutmen Tenaga Dokter (2002-2003)

Kabupaten	Jenis Tenaga	Jmlh	Hubungan Kerja	Lama Kontrak	Biaya
Bantul	Dokter umum	13	PTT daerah	3 tahun	APBD
	Dokter Spesialis	1	PNS	-	APBD pendampingan
Kulonprogo	Dokter Umum	13	PNS daerah	-	APBD
	Dokter Gigi	2	PNS daerah	-	APBD
	Dokter Umum	7	PTT daerah	1 tahun	APBD
	Dokter Gigi	4	PTT daerah	1 tahun	APBD
Sleman	Dokter Umum	25	PTT daerah	3 tahun	APBD

Informasi dari Kabupaten Kulonprogo menyebutkan dari rasio jumlah puskesmas dan keberadaan dokter, masih terdapat sembilan puskesmas yang tidak dikepalai secara definitif karena minimnya dokter yang masuk kriteria (kriteria terberat adalah status sebagai PNS). Masih terdapat sebelas puskesmas dengan status kepala sementara. Harapan dari Kulonprogo adalah tersedianya satu orang kepala puskesmas definitif, satu orang dokter untuk puskesmas rawat inap, satu orang dokter untuk puskesmas nonrawat inap, dan satu dokter gigi di setiap puskesmas. Sampai saat ini pemerintah kabupaten masih berupaya untuk merealisasikan harapan tersebut.

Situasi di Kabupaten Bantul menunjukkan bahwa harapan untuk menempatkan tiga dokter di enam puskesmas rawat inap dan dua dokter di dua puluh puskesmas nonrawat inap masih membutuhkan beberapa upaya. Langkah maju yang telah diambil adalah dengan merekrut tenaga dokter PTT daerah.

Dari Kabupaten Gunungkidul belum didapatkan informasi mengenai kebijakan rekrutmen. Informasi dari Kabupaten Gunungkidul menyebutkan bahwa di era desentralisasi ini, wilayah dengan anggaran yang minim sangat sulit untuk melakukan rekrutmen. Oleh karena itu, wilayah ini masih mengharapkan adanya suplai tenaga dari pusat.

Bantul telah melakukan terobosan untuk menjalin hubungan kerja dengan calon dokter spesialis. Ini merupakan satu kemajuan dalam program rekrutmen tenaga kesehatan. Untuk tenaga dokter spesialis, Kabupaten Kulonprogo telah berusaha untuk melakukan rekrutmen daerah melalui publikasi terbuka, namun hingga saat ini belum ada respon dari para dokter spesialis. Terdapat peningkatan jumlah dokter spesialis di Kabupaten Gunungkidul dengan tersedianya beberapa spesialis dari bidang yang

baru dan tambahan tenaga spesialis untuk bidang yang telah ada. Di Kabupaten Sleman dan Bantul, sudah dimulai kegiatan operasional dokter spesialis di puskesmas. Sebelumnya dokter spesialis hanya melakukan *clinical-coaching* untuk tenaga medis di puskesmas. Setiap kabupaten/kota di wilayah DI. Yogyakarta masih mendapatkan suplai tenaga dari Depkes dengan status CPNS dan PTT (Bantuan Siaga Bencana/BSB). Permasalahan yang timbul untuk tenaga pusat tersebut adalah lamanya waktu transfer, sehingga seorang tenaga kesehatan yang telah dinyatakan lulus ujian CPNS pada Desember 2002, baru melaksanakan tugas di unit kerja pada September 2003. Fenomena yang sama terjadi di Mozambique, bahwa tenaga kesehatan yang diatur dari pusat akan mengalami kelambatan dalam pelaksanaan tugas di lapangan¹⁶⁷

Dinas sebagai perangkat pemda kabupaten memiliki *partner* dalam mengelola SDM, yaitu Badan Kepegawaian Daerah (BKD) atau bagian kepegawaian. BKD adalah instansi yang mengatur administrasi semua SDM di kabupaten, termasuk tenaga kesehatan. Dengan demikian setiap kebijakan rekrutmen, dan penempatan, hingga pelepasan, dinas tidak dapat melaksanakannya sendiri tetapi harus melalui BKD sebagai otoritas yang mengelola SDM.

Career Path

Di era desentralisasi, karier struktural, yang dulu luas dan antarwilayah, saat ini menyempit baik dari sisi kesempatan vertikal maupun dari sisi wilayah. Jika dulu ada kesempatan bagi seorang kepala puskesmas di kabupaten A untuk menjadi kepala dinas di kabupaten B, pada era ini tampaknya sulit terjadi. Jika dulu seorang kepala puskesmas di kabupaten B dapat menjadi direktur rumah sakit di kabupaten D, untuk era sekarang akan sulit terwujud.

¹⁶⁷ Saide M., Stewart, D. (2001). Decentralization and human resource management in the health sector : a case study (1996 – 1998) from Nampula province Mozambique. *International Journal of Health Planning and Management*.16, 155 –168.

Karier seorang kepala puskesmas dimungkinkan untuk menjadi kepala dinas dalam wilayah kerja yang sama. Sedangkan karier seorang direktur rumah sakit juga dimungkinkan untuk menjadi kepala dinas juga dalam wilayah yang sama. Perjalanan karier seorang kepala dinas (eselon IIB) hanya akan menjadi seorang pejabat dengan eselon IIA, yang dalam tata pemerintahan saat ini misalnya adalah Sekretaris Daerah (Sekda). Tentu saja kompetisi untuk menduduki jabatan strategis tersebut sangat kuat. Karier vertikal adalah peningkatan kedudukan, jabatan, kewenangan, sampai dengan pendapatan, yang sesuai dengan keahlian, pengetahuan, dan ketrampilan seseorang¹⁶⁸. Jadi jika terjadi perpindahan pengetahuan, walaupun terjadi kenaikan jabatan dan golongan, hal ini dapat merugikan instansi ataupun unit kerja karena akan dibutuhkan waktu untuk proses adaptasi dan pengembangan bagi SDM pengganti.

Untuk karier fungsional, saat ini sedang dikembangkan dengan serius jabatan fungsional untuk tiap unit. Jabatan fungsional yang dikembangkan tidak hanya jabatan fungsional khusus, tetapi juga jabatan fungsional umum. Karena setiap pegawai yang diangkat pemerintah harus memiliki jabatan dan pekerjaan¹⁶⁹, wajib bagi setiap SDM yang berstatus sebagai PNS untuk mendapatkan nama jabatan dan deskripsi pekerjaan. Saat ini sedang dikembangkan nomenklatur jabatan fungsional, dikembangkan pekerjaan fungsional, dilakukan pemberdayaan tim penilai angka kredit dan infrastruktur pendukung lainnya.

Alasan pemberdayaan jabatan fungsional ini karena fleksibelitasnya dalam sistem tata pemerintahan, sehingga tidak terdapat kesan pejabat dan bawahan dalam hubungan kerjasama antar daerah atau antara kabupaten dengan provinsi.¹⁷⁰ Selain itu, dengan adanya *transfer of authority* dari provinsi dan pusat ke kabupaten,

maka peran pejabat fungsional menjadi sangat strategis dalam mengelola informasi dan bahan-bahan lainnya, sebelum dijadikan keputusan oleh pejabat struktural. Pembagian tugas fungsional-struktural menjadi sangat penting ketika beban kerja meningkat sementara sumber daya tidak bertambah.

Alasan kedua pemberdayaan fungsional ini adalah target dari PHP I yang harus dilakukan pengurangan tenaga nonprofesional hingga 25% di tahun 2005. Tenaga nonprofesional berarti adalah tenaga tanpa keahlian dan tanpa sikap yang jelas. Melalui program pemberdayaan fungsional ini, akan diubah status pegawai nonprofesional menjadi tenaga profesional melalui pelatihan dan pendidikan singkat. Contoh operasionalnya dengan mengubah seorang tenaga administrasi menjadi seorang juru pemantau jentik. Hal ini pernah dilakukan pada tahun 1970-an. Seorang tenaga dengan pendidikan rendah dapat dijadikan tenaga juru malaria desa atau juru imunisasi yang sangat bermanfaat dalam setiap kegiatan pelayanan.

Hubungan Kerja

Saat ini hubungan kerja dengan status PTT dan PNS masih berjalan. Namun, terdapat perbaikan dalam sistem PTT, yaitu unit kerja PTT yang tidak lagi terpaku pada puskesmas dan rumah sakit. "PTT dengan cara lain" adalah istilah yang dipergunakan oleh Depkes, dengan tenaga yang terikat dengan model ini dapat bekerja di puskesmas, rumah sakit, pondok pesantren, instansi swasta, dan sebagainya dengan sepengetahuan dinas di wilayah tersebut. Pembukaan unit kerja di berbagai tempat ini membuka *bottle neck* antrian PTT yang terus-menerus terjadi di masa lalu. Seiring dengan semakin banyaknya lulusan fakultas kedokteran (jumlah fakultas kedokteran swasta meningkat dengan cepat di era desentralisasi), maka kebijakan

¹⁶⁸ Mejia, L., R., G., Balkin, D., B., Cardy, R., L. (2002). *Managing Human Resources*. Prentice Hall International Inc. USA.

¹⁶⁹ LAN. (1997). *Sistem Administrasi Negara Republik Indonesia*. Jilid III/edisi 3. PT Gunung Agung, Jakarta

¹⁷⁰ Taskforce HRM. 2002. Laporan Manajemen SDM di Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Provinsi DI. Yogyakarta. Yogyakarta, Indonesia.

ini adalah solusi dalam mengatasi masalah stagnasi tenaga kesehatan.

Sementara itu untuk daerah terpencil masih belum ditemukan jurus yang jitu dalam upaya mengatasi masalah *inequitable distribution*. Pemberian *reward* material yang melebihi standar bagi tenaga medis yang mau bekerja di daerah terpencil adalah salah satu upaya. Namun demikian, efektivitasnya masih perlu untuk dikaji kembali.

Training and Education

Dengan adanya PHP I maka terbuka lebar bagi SDM di daerah untuk mengembangkan diri melalui berbagai program pendidikan dan pelatihan karena tersedia dana yang mencukupi. Namun, ada hal penting lainnya yang penting dicatat yaitu desentralisasi menyebabkan semakin terbukanya jalur pendidikan. Selain itu, ijin cukup mudah didapatkan, baik dari daerah maupun pusat. Dengan berbagai kemudahan ini maka telah dilakukan program pengembangan SDM dengan berbagai spesifikasi, mulai dari hal yang bersifat teknis sampai dengan hal yang bersifat adminisratif.

Mengikuti pendidikan di masa desentralisasi ini adalah cita-cita yang tidak sulit untuk direalisasikan. Dengan adanya berbagai dana proyek yang dikhususkan untuk pendidikan maka terbuka kesempatan untuk meningkatkan strata pendidikan. Selain itu, status pendidikan saat ini juga menjadi pertimbangan untuk menduduki jabatan, sehingga dengan menyandang gelar tambahan akan semakin terbuka peluang untuk meningkatkan karier. Data terbaru dari dinas kesehatan menunjukkan bahwa hingga saat ini terdapat 11,46% (42 orang) pegawai dinas provinsi yang berstatus pendidikan S2, yang lebih kurang 70%-nya dihasilkan di masa desentralisasi.

HASIL DARI DESENTRALISASI

Mengacu pada harapan dilaksanakannya desentralisasi, maka:

1. Harapan untuk menyatukan sistem administrasi di tingkat provinsi dan kabupaten telah terjadi.

Namun demikian, hubungan kerja kedua instansi ini masih perlu untuk dikembangkan

2. Harapan untuk memberdayakan dinas kabupaten/kota sesuai dengan atmosfer UU No. 22/1999 telah terlaksana. Namun, pemberdayaan ini masih perlu ditindaklanjuti dengan mengatur hal-hal yang bersifat operasional dan prosedural.
3. Harapan untuk memberikan kesempatan pengelolaan SDM di tingkat kabupaten sudah berjalan, walaupun belum semua daerah dapat melaksanakannya. Peran pusat dalam hal ini masih diperlukan terutama dalam sisi suplai dan pembiayaan.
4. Harapan untuk mengembangkan SDM dari sisi pendidikan dan pelatihan terpenuhi, namun masih perlu untuk dikaji kembali *utilisasi* SDM yang telah dikembangkan kapasitasnya.
5. Harapan untuk mengurangi pegawai secara kuantitatif nampaknya belum terwujud. Namun dengan dipergunakannya strategi pengembangan jabatan fungsional, diharapkan pengurangan tenaga secara kualitatif dapat terlaksana.

DISKUSI

Devas (1997)¹⁷¹ menyebutkan bahwa menurut Vito Tanzi (dalam *The Economist* 3/6/95 p.104) desentralisasi di Malaysia dan Indonesia adalah contoh sukses implementasi kebijakan yang dilaksanakan secara *gradual* dan terencana. Peraturan yang dipakai sebagai acuan adalah UU No. 5/1974. Sedangkan desentralisasi yang “sesungguhnya” baru dimulai pada tahun 1999, ditandai dengan keluarnya UU No. 22/1999, sehingga *statement* tersebut dapat diabaikan. Namun, penting untuk dicatat bahwa konsep *gradual* dan terencana, yang menjadi kunci keberhasilan suatu proses perubahan.

Terjadinya perubahan adalah harapan dari diberlakukannya desentralisasi di Indonesia dan negara-negara lainnya. Dengan adanya desentralisasi kesehatan diharapkan kinerja sistem

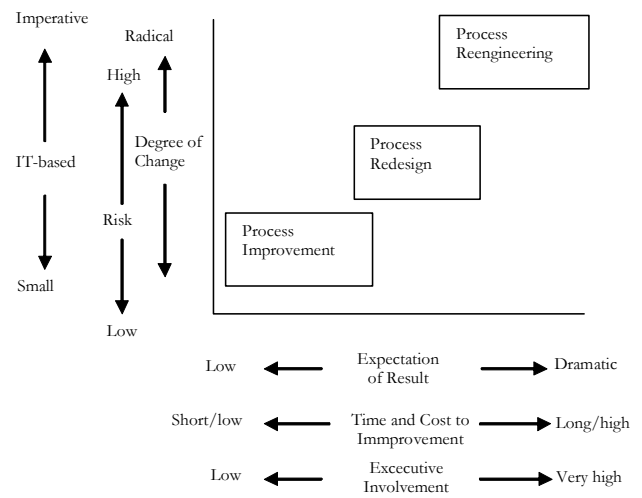
¹⁷¹ Devas, N. (1997).Indonesia: What do we mean by decentralization?, *Public Administration and Development*, Vol.17,351-367. university of Brimingham, UK.

kesehatan menjadi lebih baik. Perubahan atau perbaikan yang diharapkan tidak saja dari sisi *input*, *process* dan *output*, tetapi juga sampai pada *outcome* dan *impact*.

Bossert (1998)¹⁷² dengan pendekatan *decision space* menyebutkan bahwa terdapat tiga perubahan dalam desentralisasi, yaitu:

1. *no change*: tidak terdapat perubahan
2. *directed change*: perubahan yang terjadi didorong oleh faktor-faktor tertentu
3. *innovation*: terjadinya perubahan dengan bertambahnya opsi yang tidak tersedia sebelumnya. Dimensinya adalah:
 - a. Temporal: jika keputusan yang diambil berbeda antara sebelum dan sesudah implementasi kebijakan
 - b. Fungsional: jika perubahan yang terjadi tidak menyeluruh, tetapi hanya mencakup beberapa area fungsi saja.
 - c. Struktural: jika pengambilan keputusan dan perubahan dapat dilaksanakan secara menyeluruh tanpa perlu dukungan faktor lain.

Meninjau suatu perubahan, juga dapat didekati dengan konsep *Business Process Reengineering* (BPR) karena pada hakikatnya dalam desentralisasi ini juga diharapkan terjadinya perubahan yang radikal dalam sistem kesehatan. Menurut Hammer dan Champy (2003) BPR dapat diartikan sebagai "*fundamental rethinking and radical redesign of an organization's business processes that leads organization to achieve dramatic improvement in business performance*" Desentralisasi di Indonesia³⁹ bersifat radikal dan cepat. Dalam BPR dapat dinilai skala suatu perubahan, apakah *improvement*, *redesign* atau *reengineering* dengan menggunakan skema sebagai berikut:



Konsep BPR dipergunakan dengan asumsi bahwa *continuous incremental improvement* tidak lagi sesuai dengan tantangan dan masalah yang terjadi di lapangan. BPR bertujuan untuk menciptakan *dramatic improvement*, bukan sekedar kemajuan yang lambat pencapaiannya.

Kedua pendekatan di atas akan dipergunakan untuk menilai seberapa jauh perubahan telah dicapai selama desentralisasi diberlakukan. Kemudian akan diidentifikasi sifat perubahan tersebut, apakah perubahan tersebut berupa inovasi atau perubahan yang didorong oleh faktor tertentu? Bersifat temporal, fungsional, atau struktural.

Di lapangan perubahan yang dihasilkan setelah intervensi kebijakan desentralisasi dapat dipilah menjadi tiga jenis, yaitu:

1. Perubahan secara alamiah, walaupun tanpa desentralisasi akan terjadi
2. Perubahan yang secara nyata di dorong oleh desentralisasi
3. Perubahan yang bersifat inovatif

¹⁷² Bossert, T. 1998. loc. cit

ORGANISASI PENGELOLA KESEHATAN

Sejak awal diberlakukannya UU No. 5 Tahun 1974 sudah terdapat upaya untuk memisahkan secara jelas fungsi dan wewenang dinas kesehatan, baik di tingkat provinsi maupun di tingkat kabupaten.¹⁷⁴

Walaupun demikian, pada praktiknya tidak terjadi hubungan kerja yang sinergis. Hubungan struktural antara kanwil dan kandeptid tidak menghasilkan pembagian peran yang *clear*. Sementara, itu pembagian pekerjaan antara dinas dan kantor Depkes tidak menjadikan sistem kesehatan di wilayah lebih efisien. Menurut Booth (1992) situasi politik nasional menjadi salah satu penyebabnya.¹⁷⁵ Reich (1995) mengungkapkan bahwa *political will* dan *political interests* adalah salah satu komponen penting dalam keberhasilan pelaksanaan desentralisasi.¹⁷⁶ Walaupun demikian, desentralisasi secara politik tidaklah bersifat netral.¹⁷⁷ Oleh karena itu, karakteristik politik di balik desentralisasi harus dipahami terlebih dahulu. Kasus di Filipina dan Brazil, desentralisasi lebih banyak di dorong oleh kepentingan politik pemerintah yang baru terpilih. Demikian pula UU No. 22 Tahun 1999, yang diluncurkan untuk memenuhi janji pemerintah untuk lebih memberdayakan daerah, lebih banyak didorong oleh kepentingan politik. Persiapan untuk melaksanakan desentralisasi sangat singkat dan jauh dari sempurna.¹⁷⁸ Oleh karena itu, perubahan organisasi yang ditandai dengan *merger*nya seluruh kantor pengelola kesehatan di tingkat provinsi pada tahun 2000 tidak dilandasi dengan analisis yang matang dan perencanaan yang akurat. Pembagian pekerjaan dan jabatan dilakukan melalui konsensus politik dengan diterbitkannya SK Gubernur No. 102 tahun 2001. Tahun 2003,

hasil evaluasi merekomendasikan untuk dilakukan perubahan sekali lagi dengan memisahkan organ kesehatan dan organ sosial untuk tingkat provinsi.

Perubahan pertama dalam organisasi ini merupakan perubahan yang radikal (ditandai dengan digabungkannya empat kantor dalam satu kantor besar) dan bersifat *directed-change* (didorong oleh faktor politik desentralisasi, bukan didorong oleh faktor kebutuhan). Hasil yang diharapkan tidak dramatis. Waktu dan biaya untuk perubahan sangat lambat dan boros (perlu waktu dua tahun untuk melakukan perubahan kedua). Keterlibatan eksekutif dalam perubahan ini kuat.

Perubahan organisasi yang kedua merupakan perubahan yang *incremental* (dengan melepaskan organ kesehatan dan sosial, yang jelas secara teknis berbeda pengelolaannya, tanpa dipengaruhi oleh desentralisasi), tidak berisiko tinggi. Perubahan ini bersifat inovasi (didorong oleh analisis dan kebutuhan di lapangan, tanpa perlu persetujuan dari pemerintah pusat). Hasil yang diharapkan belum diketahui. Waktu dan biaya untuk perubahan ini hemat. Dan keterlibatan eksekutif dalam perubahan ini juga kuat. Dengan demikian perubahan dalam organisasi dinas dapat dikatakan dipicu karena terjadinya desentralisasi dan bersifat inovatif.

Demikian pula organisasi dinas kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Pada saat ini dinas kabupaten memiliki otoritas yang demikian kuat dan bertanggung jawab langsung kepada bupati (kepala daerah). Secara organisasi peran dan tanggung jawab dinas kabupaten menjadi sangat besar dalam menjaga kinerja sistem kesehatan di wilayahnya. Peran dan kedudukan organisasi memiliki dampak terhadap pengelolaan SDM di dalamnya.¹⁷⁹ Dinas kabupaten/kota dengan

¹⁷⁴ Devas, N. (1997).Indonesia: What do we mean by decentralization?, *Public Administration and Development*, Vol.17,351-367. university of Brimingham, UK.

¹⁷⁵ Devas, N. (1997).op.cit

¹⁷⁶ Saide M., Stewart, D. (2001). Decentralization and human resource management in the health sector : a case study (1996 – 1998) from Nampula province Mozambique. *International Journal of Health Planning and Management*.16, 155 –168.

¹⁷⁷ Wang, Y., Collins, C., Tang, S., Martineau, T. (2002). Health system decentralization and human resources management in low and middle income countries. *Public administration and development*.22,439-453

¹⁷⁸ World Bank. (2003). Decentralizing Indonesia: *a Regional Public Expenditure Review Overview Report*.. World Bank: East Asia Poverty Reduction and Economic Management Unit. World Bank Report no. 26191-IND.

¹⁷⁹ Wang, Y., Collins, C., Tang, S., Martineau, T. (2002).op.cit.

tanggung jawab yang demikian besar, perlu memikirkan ketersediaan SDM di dalamnya, baik dari sisi kuantitas maupun kualitas. Fungsi manajemen yang demikian luas (mulai dari perencanaan sampai dengan evaluasi) wajib untuk dijalankan secara mandiri, tanpa dukungan langsung dari pusat dan provinsi. Fenomena ini adalah fenomena baru bagi dinas kabupaten/kota, yang dapat menyebabkan *shock at work*.¹⁸⁰ Situasi yang sama terjadi di Mozambique,¹⁸¹ bahwa dalam proses pendelegasian wewenang, tidak tersedianya SDM yang terlatih dalam jumlah yang memadai, menjadi kendala.

Perubahan dalam organisasi dinas kabupaten/kota bersifat *directed*, radikal, dan membutuhkan waktu dan biaya yang cukup untuk menuai hasilnya di masa mendatang. Perubahan ini harus diikuti dengan perbaikan dalam internal struktur dinas agar tidak hanya wewenang yang didapat, tetapi juga mampu menjalankan tanggung jawab sebagai pengelola sistem kesehatan di wilayahnya.

Secara struktural dan fungsional, telah terjadi perubahan pada organisasi dinas kesehatan di provinsi dan kabupaten/kota. Namun, World Bank (2003)¹⁸² masih mencatat beberapa permasalahan selama dua tahun pelaksanaan desentralisasi, antara lain belum jelasnya fungsi dan wewenang masing-masing tingkat pemerintahan. Implementasi UU No. 22 Tahun 1999 masih sering menimbulkan konflik regulasi dan konflik sektoral yang mengacu pada peraturan yang tidak sejalan dengan undang-undang tersebut. Oleh karena itu perlu dilakukan perbaikan dalam hubungan kerja dinas kesehatan, baik antara dinas provinsi dengan dinas kabupaten/kota atau di antara dinas tingkat kabupaten/kota.

Jika ditinjau dari sistem kesehatan yang dianjurkan oleh WHO, peran yang diambil oleh dinas kabupaten sebagai regulator memerlukan

SDM dengan spesifikasi teknis tertentu. Saat ini ketersediaan SDM untuk menjalankan peran tersebut masih belum mencukupi. Sedangkan untuk mendidik diperlukan biaya dan waktu yang cukup lama. Oleh sebab itu, diperlukan peran pusat dalam hal pembiayaan untuk mendukung pendidikan bagi SDM kabupaten yang akan menjalankan peran barunya.

Dinas sebagai perangkat pemda kabupaten memiliki *partner* dalam mengelola SDM, yaitu Badan Kepegawaian Daerah (BKD) atau Bagian Kepegawaian. BKD adalah instansi yang mengatur administrasi semua SDM di kabupaten, termasuk tenaga kesehatan. Dengan demikian, setiap kebijakan rekrutmen dan penempatan, sampai dengan pelepasan, dinas tidak dapat melaksanakannya sendiri, tetapi harus melalui BKD sebagai otoritas yang mengelola SDM. Kasus di Nampula¹⁸³ menunjukkan bahwa kerja sama antardaerah, antarorgan pemerintah sangat penting dilakukan dalam mengelola SDM, terutama untuk proses *deployment* dan *redeployment*. Tujuan dari kerja sama tersebut adalah untuk menjaga agar proses rekrutmen dan *deployment*, yang membutuhkan biaya dan dukungan politik dapat berkelanjutan.

HUMAN RESOURCE PLANNING AND SUPPLY

Keberanian kabupaten/kota untuk memenuhi kebutuhan tenaganya sendiri merupakan perubahan yang bersifat inovatif, dramatis dan berorientasi kepada hasil (karena rekrutmen dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tenaga teknis). Di samping itu, kemampuan para eksekutif daerah untuk melakukan kalkulasi finansial merupakan kekuatan untuk menjalankan kebijakan ini. Pada masa sebelum desentralisasi sangat tidak mungkin bagi daerah untuk merekrut tenaga kesehatan

¹⁸⁰ Steers, R. M., Porter, L. W., Bigley, G. A. (1996). *Motivation and Leadership at Work*. Mc Graw Hill International Edition, Singapore.

¹⁸¹ Saide M., Stewart, D. 2001. Decentralization and human resource management in the health sector : a case study (1996 – 1998) from Nampula province Mozambique. *International Journal of Health Planning and Management*.16, 155 –168.

¹⁸² World Bank. 2003. Decentralizing Indonesia: *a Regional Public Expenditure Review Overview Report*. World Bank: East Asia Poverty Reduction and Economic Management Unit. World Bank Report no. 26191-IND. -

untuk daerahnya sendiri, di samping dana yang tidak mencukupi untuk melaksanakannya. Distrik Nampula di Mozambique memperoleh *benefit* yang besar ketika memperoleh kewenangan untuk melaksanakan rekrutmen karena tenaga yang didapat sesuai dengan kualifikasi dan dapat diretensi dalam jangka waktu lama.¹⁸⁴

Penempatan tenaga kesehatan oleh dinas kabupaten/kota disesuaikan dengan kebutuhan nyata di lapangan. Data mengenai beban kerja satu unit pelayanan sangat membantu pembuatan keputusan akan penempatan ini. Dengan demikian, akan terjadi efisiensi waktu dan efektivitas kerja. Ketepatan *deployment* suatu tenaga akan meningkatkan kinerja unit secara langsung.¹⁸⁵

Namun demikian, sistem suplai tenaga yang dilaksanakan sebelum dan sesudah desentralisasi mempunyai beberapa kendala. Yang paling menonjol adalah keterlambatan tenaga tersebut untuk memasuki unit kerja. Kasus di DI. Yogyakarta menunjukkan bahwa seorang dokter yang telah dinyatakan lulus CPNS pada Desember 2002, baru dapat memasuki unit kerja pada September 2003, dengan alasan prosedur administrasi dan finansial yang berjalan lambat.

Ketika kasus yang sama diidentifikasi di Nampula, pemerintah melakukan evaluasi dan mengambil kebijakan dengan memberikan kewenangan kepada distrik untuk melakukan rekrutmen atas biaya pemerintah. Ini belum terjadi di DI. Yogyakarta. Bahwa yang mampu melakukan rekrutmen adalah Kulonprogo yang sangat jelas didorong oleh kebutuhan walaupun secara finansial tidak terlalu kuat. Sleman, yang didorong oleh kebutuhan dan ketersediaan dana, dan Bantul yang didorong oleh kebutuhan dan dana. Kasus Kulonprogo memberikan gambaran bahwa dengan status keuangan pemerintah dan rakyat yang tidak terlalu kaya, namun karena didorong oleh kebutuhan dapat dilakukan rekrutmen PNS daerah (agar dapat menjaga

siklus kerja menjadi lebih lama). Hipotesis dalam kasus ini adalah terdapat komitmen yang kuat dalam wilayah Kulonprogo terhadap masalah kesehatan. Sedangkan kasus klasik terjadi di Gunungkidul. Dengan keterbatasan dana, suplai tenaga hanya diharapkan dari pusat saja, karena daerah belum cukup kuat untuk menjalankan konsekuensi finansial dari rekrutmen. Untuk mengatasi masalah *inequitable distribution*, terdapat dua pola besar, yaitu mandiri dan meminta dukungan. Untuk daerah favorit seperti Yogyakarta dan Sleman, dengan mengandalkan kenyamanan dan fasilitas, tenaga kesehatan dapat dicukupi tanpa melalui daya tarik status sebagai PNS, melainkan cukup dengan kontrak berjangka.

Keberadaan dokter spesialis di tingkat puskesmas merupakan perubahan yang secara *natural* akan terjadi. Ruang pekerjaan dokter spesialis sudah melebar tidak hanya di rumah sakit, karena sudah semakin bertambahnya jumlah dokter spesialis. Namun, untuk daerah yang kurang favorit, keberadaan dokter spesialis, walaupun di rumah sakit masih kurang. Oleh karena itu, masalah kebutuhan akan dokter spesialis ini sebenarnya belum diselesaikan secara sistematis. Kecuali Bantul yang sudah menyekolahkan tenaga dokter ke rumah sakit pendidikan yang akan ditempatkan di daerah tersebut.

Ketersediaan tenaga spesialis masih menjadi masalah dalam distribusi tenaga menurut keahlian.¹⁸⁶ Kebijakan pengadaan untuk tenaga medis yang bersifat spesialis tampaknya masih sulit untuk dilaksanakan di daerah. Investasi untuk membentuk tenaga tersebut sangat besar dan waktu yang diperlukan cukup lama. Untuk itu diperlukan peran pusat dalam membantu daerah mengatasi masalah ini. Caranya, dengan memberikan suplai tenaga medis spesialis ke kabupaten bersamaan dengan program pendanaannya. Kabupaten seperti Gunungkidul sangat memerlukan suplai tenaga dengan

¹⁸³ Saide M., Stewart, D. (2001).op.cit

¹⁸⁴ Saide M., Stewart, D. (2001).op.cit.

¹⁸⁵ Mejia, L., R., G., Balkin, D., B., Cardy, R., L. 2002. *Managing Human Resources*. Prentice Hall International Inc. USA.

¹⁸⁶ Zurn, P., Dal Poz, M.,R., Stillwel, B., Adams, O. (2002). Imbalances in Health Workforce. WHO: briefing paper. Wang, Y., Collins, C., Tang, S., Martineau, T. (2002). Health system decentralization and human resources management in low and middle income countries. *Public administration and development*.22,439-453

klasifikasi spesialis, namun biaya untuk gaji dan pemberian fasilitas tidak memungkinkan. Pusat diharapkan dapat mengirimkan tenaga dokter spesialis dan memberikan gaji serta tunjangan lainnya. Terbuka kesempatan untuk berdiskusi mengenai berapa lama gaji akan diberikan dari pusat, sampai daerah mampu untuk membayar.

Hubungan kerja antar-SDM dengan organisasi yang semakin bervariasi merupakan inovasi yang terjadi di era desentralisasi. Jika sebelumnya terdapat dua jenis hubungan kerja tenaga medis dengan Depkes, yaitu PNS dan PTT, dengan tempat kerja yang terbatas, maka saat ini terdapat hubungan kerja langsung tenaga medis dengan kabupaten, bentuknya PNS dan PTT daerah dengan tempat kerja yang bervariasi.

Dengan demikian, daerah sudah berhasil melaksanakan fungsi *Human Resource Planning*, walaupun belum lengkap, yang terdiri dari aktifitas: *staff need assessment*, melakukan rekrutmen, membuat tata hubungan kerja, dan mengembangkan kemampuan SDM. Desentralisasi dalam konteks manajemen SDM memberikan kesempatan bagi daerah untuk menetapkan program manajemen dan pengembangan SDM. Perubahan yang signifikan ini mengubah secara struktural pengelolaan SDM di daerah.¹⁸⁷ Namun demikian, pengambilan keputusan dalam manajemen SDM pada intinya berada di tangan badan kepegawaian daerah bekerja sama dengan dinas kesehatan.

Career Path

Peran baru dan *transfer of authority* menyebabkan karier fungsional memiliki prospek pengembangan yang lebih luas dan bersifat antar wilayah dibandingkan dengan karier struktural yang makin sempit. Perubahan dalam pengembangan karier ini bersifat fungsional, tidak mencakup banyak area, *incremental*, serta didorong oleh kebutuhan. Desentralisasi hanya memungkinkan kesempatan pengembangan

karier fungsional menjadi lebih baik dibanding masa sebelumnya.

Secara finansial, pengembangan karier fungsional ini juga membutuhkan banyak biaya. Namun, keberadaan tenaga fungsional akan memberikan efek positif pada komunikasi antar dinas. Komunikasi fungsional tidak memandang pangkat dan eselon dalam berkomunikasi, melainkan melihat kemampuan dan profesionalisme. Dengan demikian, dibutuhkan peran pembiayaan dari pusat untuk mengembangkan tenaga fungsional di daerah.

Perubahan dalam pola karier ini didorong oleh adanya desentralisasi, bersifat struktural, membutuhkan sistem informasi yang memadai. Namun hasilnya masih perlu dikaji kembali di masa depan.

Training and Education

Menurut Solter (2002) pelatihan untuk tenaga kesehatan penting diprogramkan untuk menjaga pengetahuan dan ketrampilan mereka dalam mengatasi masalah kesehatan di wilayah kerja masing-masing.¹⁸⁸ Jika dulu pusat berperan dalam membuat program dan pembiayaan, saat ini peran tersebut mulai berkurang. Program pelatihan yang bersifat sentral tidak banyak membantu menyelesaikan masalah ketrampilan SDM di daerah, seperti yang terjadi di Afrika Selatan (Ruck, 1999 dalam Wang et al., 2002) karena kurangnya informasi mengenai kebutuhan pelatihan di daerah. Dewasa ini pelatihan yang bersifat nasional dilaksanakan oleh lima bapelkes pusat, sedangkan pelatihan regional dilakukan oleh bapelkes daerah. Desentralisasi telah memberikan kesempatan kepada daerah untuk melakukan *training need assessment* secara mandiri sebagai dasar membuat program pelatihan, yang tepat sasaran, tepat tujuan dan tepat metoda.¹⁸⁹

Dengan desentralisasi, maka masing-masing dinas wajib memiliki SDM yang handal untuk menduduki jabatan strategis. Oleh sebab

¹⁸⁷ Wang, Y., Collins, C., Tang, S., Martineau, T. (2002).op.cit.

¹⁸⁸ Meliala, A. 2003. *Training Need Assessment untuk Dokter Puskesmas: laporan penelitian*. Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Provinsi DI. Yogyakarta, Yogyakarta, Indonesia.

¹⁸⁹ Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990). *Health System Decentralization: Concept, Issues and Country Experience*. World Health Organization.

itu, keberadaan SDM dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan meningkatkan kinerja organisasi. Pejabat struktural tingkat seksi di dinas provinsi hanya dua orang dengan kualifikasi non pascasarjana, selebihnya adalah Sarjana Strata 2, sedangkan untuk jabatan di atasnya, hanya 1 yang tidak bergelar S2, selebihnya diduduki oleh pejabat bergelar S2. Menurut Mills (1991),¹⁹⁰ desentralisasi dapat meningkatkan kualifikasi tenaga kesehatan yang dibutuhkan, terutama pos-pos manajerial di tingkat menengah. Sebagai pengambil kebijakan strategis dengan menggunakan berbagai informasi dan *networking*, maka kualifikasi pejabat struktural memerlukan spesifikasi yang tinggi. Tingkat pendidikan, golongan, pelatihan administratif dan fungsional merupakan *filter* yang utama bagi karier struktural. Banyaknya tenaga yang telah dididik telah meningkatkan status SDM di dinas provinsi, yang pada akhirnya telah memenuhi target proyek PHP I dalam hal pengurangan pegawai nonprofesional sebesar 25%. Kesempatan menempuh pendidikan pascasarjana telah meningkatkan kredibilitas organisasi dinas dengan menempatkan SDM berpendidikan lebih tinggi pada jabatan-jabatan strategis.

PENUTUP

Uraian di atas telah memberikan gambaran bagaimana desentralisasi mengubah peran organisasi pengelola sistem kesehatan dalam manajemen sumber daya manusia. Banyak peran baru yang diambil oleh organisasi karena sistem yang berubah, dengan konsekuensi yang berat untuk memenuhi kebutuhan SDM, terutama dalam aspek pembiayaan. Tidak seragamnya kemampuan daerah menimbulkan banyak variasi pelaksanaan fungsi MSDM. Variasi di Yogyakarta dapat menjadi representasi variasi pelaksanaan desentralisasi di berbagai daerah. Sebagai bahan penutup dapat diidentifikasi bahwa:

1. Desentralisasi menimbulkan perubahan yang positif pada beberapa fungsi manajemen SDM dalam organisasi dinas tingkat provinsi dan kabupaten/kota
2. Desentralisasi menimbulkan inspirasi bagi daerah untuk melaksanakan peran sentral, misal dalam pembiayaan yang penting untuk dioperasionalkan segera sebagai upaya menjaga kinerja sistem kesehatan wilayah.
3. Desentralisasi merupakan *enabler factor* perubahan pola manajemen SDM di daerah.

Meskipun desentralisasi telah membuat perubahan yang positif pada pengelolaan SDM di Yogyakarta, masih terdapat *dispatch*, yang perlu untuk diperbaiki segera. Hal-hal yang dokumentatif menunjukkan adanya perubahan, namun dalam proses kerja dan kinerja di lapangan, sebagai tolok ukur keberhasilan desentralisasi masih banyak agenda yang harus diselesaikan, di antaranya:

1. Komunikasi dengan pusat dalam hal penyediaan, suplai dan pendidikan-pelatihan tenaga spesialis, tenaga teknis, dan tenaga spesifik lainnya yang sulit untuk dikelola sendiri oleh daerah.
2. Komunikasi antardaerah dalam pengelolaan sistem kesehatan wilayah yang berimplikasi langsung terhadap manajemen SDM.
3. Kemampuan daerah untuk menangani kewenangan yang baru memerlukan SDM dengan spesifikasi baru, yang tidak tersedia saat ini, sehingga perlu *networking* antardaerah maupun dengan pusat dalam upaya pemenuhan kebutuhan akan SDM tersebut terutama dalam bidang pendidikan dan pelatihannya.

¹⁹⁰ Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990). *Health System Decentralization: Concept, Issues and Country Experience*. World Health Organization.