

**ASPEK PENTING PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA
MANUSIA (SDM) KESEHATAN DI ERA DESENTRALISASI**

*DEVELOPMENT AND EMPOWERMENT OF HEALTH HUMAN RESOURCES
THE IMPORTANT ASPECT IN DECENTRALIZATION*

Misnaniarti

Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

ABSTRACT

Since the decentralization applied in Indonesia, the district has flexibility to organize aspects of government that includes several sectors, including the health sector. One aspect need to examine carefully the impact of decentralization in the health sector is in the management of Human Resources. This paper highlights some aspects of change in health human resources in the decentralization, used literature study.

Improving the quality of service will be related also to increase the quality of human resources as the health service providers. Improving the quality of human resources must be done starting from the preparation stage until utilization. Development and empowerment of human resource in decentralization includes three main elements, including planning, procurement and utilization of health human resources.

Decentralization cause positive changes in human resource management functions in a organizations at the provincial and district. Hopefully with this can be input in the service in health institutions and can be used as information in support of policies on human resources development to improve services to patients.

Keywords : decentralization, human resources, management

ABSTRAK

Sejak kebijakan desentralisasi mulai diberlakukan di Indonesia, daerah mempunyai keleluasaan untuk menyelenggarakan aspek pemerintahan yang mencakup beberapa sektor, termasuk sektor kesehatan. Salah satu aspek yang perlu kita cermati dengan seksama sebagai dampak pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan adalah dalam hal manajemen Sumber Daya Manusia (SDM). Makalah ini menyoroti beberapa perubahan aspek SDM kesehatan dalam era desentralisasi, dilakukan dengan teknik studi literatur.

Peningkatan mutu pelayanan akan berhubungan juga dengan peningkatan kualitas SDM sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut. Peningkatan kualitas SDM harus dilakukan mulai dari tahap persiapan hingga pemanfaatan. Pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan di era desentralisasi mencakup tiga unsur utama, yaitu perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan SDM kesehatan.

Desentralisasi menimbulkan perubahan yang positif pada beberapa fungsi manajemen SDM dalam organisasi dinas tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Diharapkan dengan adanya penulisan semacam ini dapat menjadi bahan masukan dalam pelayanan di institusi kesehatan serta dapat dijadikan sebagai informasi dalam mendukung kebijakan-kebijakan tentang pengembangan SDM dalam meningkatkan pelayanan kepada pasien. Kata kunci : desentralisasi, sumber daya manusia, manajemen

PENDAHULUAN

Kebijakan desentralisasi di Indonesia mulai diterapkan pada tahun 2001, sehingga sejak saat itu otonomi daerah mulai diberlakukan di setiap daerah di Indonesia

dengan adanya keleluasaan daerah untuk menyelenggarakan pemerintahan yang mencakup beberapa sektor, termasuk sektor kesehatan.

Desentralisasi kesehatan sebenarnya merupakan bagian dari desentralisasi politik dan ekonomi yang lebih luas. Mills, dkk menyebutkan bahwa secara umum desentralisasi merupakan pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintahan, manajemen dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah¹.

Menurut Ribot (2002) sebagaimana yang dijelaskan oleh Trisnantoro² terdapat bentuk lain dari desentralisasi yaitu desentralisasi fiskal dan desentralisasi manajemen. Desentralisasi fiskal adalah pemindahan kekuasaan untuk mengumpulkan dan mengelola sumber daya finansial, sedangkan desentralisasi manajemen adalah penyerahan tanggung jawab manajerial kepada manajer unit di dalam suatu organisasi.

Dalam era desentralisasi, sedikit banyaknya terjadi perubahan pada aspek ketenagaan di daerah. Salah satu aspek yang perlu kita cermati dengan seksama sebagai dampak pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan ini adalah dalam hal manajemen tenaga kesehatan sebagai sumber daya penggerak untuk program-program di sektor kesehatan. Sumber Daya Manusia (SDM) dalam sektor kesehatan merupakan aspek penting karena merupakan *input* dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan sebagai bagian dari upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat. Peranan SDM sebagai *input* juga sangat menentukan derajat kesehatan suatu bangsa, yang dapat dilihat dari indikator-indikator kesehatan.

Dampak desentralisasi pada tenaga kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat kekuasaan yang akan ditransfer oleh pusat kepada daerah, bagaimana peran yang baru tersebut diformulasikan, kompetensi SDM yang tersedia di daerah, dan otoritas

kesehatan pusat dengan departemen lain yang sangat mempengaruhi alokasi sumber daya kesehatan.

SDM yang tidak dikelola dengan baik juga akan menjadi ancaman terbesar 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, dan akuntabilitas. SDM sebagai operator dari sistem sudah diketahui sebagai kunci sukses dalam pelaksanaan desentralisasi. Namun dalam praktiknya, indikator keberhasilan manajemen SDM adalah sangat kompleks.³ Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa hal, di antaranya mengelola SDM berarti mengubah perilaku, dan perilaku adalah salah satu aspek individu yang paling sulit untuk diintervensi.

Di dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004⁴ disebutkan bahwa tujuan subsistem sumber daya manusia kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dalam era reformasi, pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan mencakup tiga unsur utama yaitu perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan SDM kesehatan.⁵ Sejalan dengan itu di SKN⁴ juga disebutkan bahwa subsistem SDM kesehatan terdiri tiga unsur yaitu perencanaan, pendidikan dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan.

Mutu SDM kesehatan masih membutuhkan pembenahan, hal ini tercermin dari kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang belum optimal. Menurut

SUSENAS 2001, ditemukan 23,2% masyarakat yang bertempat tinggal di pulau Jawa dan Bali tidak/kurang puas terhadap pelayanan rawat jalan yang diselenggarakan oleh rumah sakit pemerintah di kedua pulau tersebut.

Berbagai penelitian sudah banyak dilakukan oleh para praktisi maupun oleh mahasiswa tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan tenaga kesehatan di suatu rumah sakit, akan tetapi aplikasi dari hasil penelitian tersebut kadang-kadang tidak kelihatan. Padahal mungkin saja dari hasil penelitian tersebut memang bersifat valid sehingga setiap permasalahan yang ditemukan, kalau memang faktor itu yang dibenahi dalam perbaikan manajemen pelayanan maka akan mempunyai daya ungkit yang besar terhadap keberhasilan peningkatan kinerja tenaga di rumah sakit tersebut.

Terlepas dari status rumah sakit itu pemerintah ataupun swasta, pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit dituntut adanya tenaga kesehatan yang profesional dan bermutu, sehingga pada akhirnya akan membentuk *image* yang baik bagi rumah sakit tersebut secara keseluruhan.

Makalah ini menyoroti beberapa perubahan aspek SDM kesehatan dalam era desentralisasi. Dalam penulisan makalah ini, untuk memperkuat fakta uraian yang mendukung isi pokok bahasan maka banyak sumber yang digunakan dengan teknik yang dilakukan adalah studi literatur yang memanfaatkan data sekunder dan data tersier. Data tersebut didapatkan dari beberapa literatur cetak maupun elektronik berupa buku-buku serta jurnal.

Diharapkan dengan adanya penulisan semacam ini dapat menjadi bahan masukan dalam pelayanan di institusi kesehatan serta dapat dijadikan sebagai informasi dalam mendukung kebijakan-kebijakan tentang

pengembangan SDM dalam meningkatkan pelayanan kepada pasien.

PEMBAHASAN

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit perlu diperhatikan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu. Peningkatan mutu pelayanan akan berhubungan juga dengan peningkatan kualitas SDM sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut. Peningkatan kualitas SDM harus dilakukan mulai dari tahap persiapan hingga pemanfaatan. Menurut Hapsara⁵ pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan di era desentralisasi mencakup tiga unsur utama, yaitu perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan SDM kesehatan.

Perencanaan SDM

Perencanaan menurut George R. Terry⁶ adalah menetapkan apa yang harus dilaksanakan oleh anggota-anggota organisasi untuk menyelesaikan pekerjaan, di mana perlu juga ditetapkan oleh manajer bila dan bagaimana pekerjaan harus dilakukan. Bila dikaitkan dengan konteks SDM, perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah dan kualifikasi kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Kebutuhan baik jenis, jumlah maupun kualifikasi tenaga kesehatan dirumuskan dan ditetapkan oleh pemerintah pusat berdasarkan masukan dari Majelis Tenaga Kesehatan yang dibentuk di pusat dan provinsi.⁴

Perencanaan SDM juga menurut Yaslis⁷ merupakan proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain meramalkan atau memperkirakan siapa mengerjakan apa, dengan keahlian apa, kapan dibutuhkan dan

berapa jumlahnya. Melihat pengertian ini seharusnya perencanaan SDM di rumah sakit berdasarkan fungsi dan beban kerja pelayanan kesehatan yang akan dihadapi di masa depan, sehingga kompetensi SDM harus sesuai dengan spesifikasi SDM yang dibutuhkan rumah sakit.

Yang dimaksud perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan⁵. Sehingga dari kalimat ini jelas sudah bahwa dalam pemilihan tenaga kesehatan di suatu instansi harus memperhatikan analisis situasi pembangunan kesehatan di wilayah tersebut, jangan sampai jumlah tenaga yang ada itu kurang atau malah *overkuantitas*.

Perencanaan SDM kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan SDM kesehatan, perencanaan program SDM kesehatan, analisa dan desain pekerjaan, dan sistem informasi SDM kesehatan. Perencanaan SDM selama ini masih dilakukan terutama berdasarkan kebutuhan pemerintah, kurang memperhatikan kebutuhan dan potensi masyarakat (organisasi profesi, LSM, swasta dan pengobatan tradisional). Selain itu kurang berorientasi pada paradigma sehat dan pengaruh globalisasi serta kebutuhan spesifik daerah.

Secara garis besar perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar, yaitu⁸ :

1. Perencanaan kebutuhan SDM pada tingkat institusi ; ditujukan pada perhitungan kebutuhan SDM kesehatan untuk memenuhi kebutuhan sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, dan lain-lain.
2. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan pada tingkat wilayah ; ditujukan untuk menghitung kebutuhan SDM kesehatan

berdasarkan kebutuhan di tingkat wilayah (propinsi/kabupaten/kota) yang merupakan gabungan antara kebutuhan institusi dan organisasi.

3. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan untuk bencana ; dimaksudkan untuk mempersiapkan SDM kesehatan saat prabencana, terjadi bencana dan post bencana, termasuk pengelolaan kesehatan pengungsi.

Pengadaan SDM

Pengadaan tenaga kesehatan dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yaitu upaya untuk pemenuhan kebutuhan tenaga sesuai dengan jenis, jumlah dan kualifikasi yang telah direncanakan serta peningkatan kemampuan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.⁴

Pada umumnya jumlah SDM kesehatan belum memadai. Rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih rendah. Produksi dokter setiap tahun sekitar 2.500 dokter baru, sedangkan rasio dokter dengan jumlah penduduk adalah 1 : 5000. Produksi perawat setiap tahun sekitar 40.000 perawat baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk adalah 1 : 2.850, sedangkan produksi bidan setiap tahun sekitar 600 bidan baru dengan rasio terhadap jumlah penduduk adalah 2 : 2.600. Namun daya serap tenaga kesehatan oleh jaringan pelayanan kesehatan masih terbatas.⁵

Dengan kemungkinan perubahan yang cepat dan kompleks diperlukan pola pendidikan dan pelatihan yang mantap dan akomodatif terhadap berbagai perkembangan di segala sektor termasuk ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Untuk menjaga mutu tenaga kesehatan perlu adanya kurikulum standar dengan manajemen mutu total

pendidikan tenaga kesehatan secara nasional dan internasional.

Dewasa ini pembinaan dan pengawasan SDM yang meliputi sertifikasi, registrasi dan lisensi dari pelaksanaan tugas profesi tenaga kesehatan, belum terlaksana sesuai dengan yang diharapkan. Hal tersebut terlihat dari masih cukup tingginya angka keluhan masyarakat terhadap akan pelayanan kesehatan yang kurang/tidak memuaskan. Data Susenas 2001 menunjukkan ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan pemerintah lebih besar dibandingkan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas swasta. Mereka yang melaporkan kurang puas atau tidak puas untuk pelayanan RS, puskesmas dan pustu berturut-turut adalah 20%, 16% dan 18%. Untuk pelayanan RS swasta, praktek dokter dan poliklinik adalah 11%, 9% dan 9%. Ketidakpuasan ini cenderung naik dibandingkan data hasil Susenas 1998.

Peran pemerintah dalam pembinaan dan pengawasan ini masih dominan. Demikian pula pengawasan institusi diklat SDM yang meliputi akreditasi dan *benchmarking* institusi, belum terstruktur dengan baik.

Pendayagunaan SDM

Pendayagunaan tenaga kesehatan adalah upaya pemerataan, pemanfaatan, pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan.⁴ Pendayagunaan SDM yang meliputi sistem penempatan, penghargaan dan sanksi serta peningkatan karir profesional masyarakat dan belum ada kejelasan wewenang antara pemerintah dan masyarakat. Pendayagunaan SDM belum sepenuhnya memperhatikan segi perimbangan kebutuhan pemerintah dan unsur masyarakat yang disesuaikan dengan kebijakan yang berlaku, keadaan dan

penyebaran penduduk, keadaan geografi serta sarana dan prasarana.⁵

Kebijakan pegawai tidak tetap (PTT) belum mampu menempatkan tenaga kesehatan (dokter umum, dokter gigi) secara merata. Pada tahun 2001 sekitar 25-40% puskesmas tidak mempunyai dokter khususnya di daerah dengan geografi sulit seperti di kawasan Timur Indonesia. hal yang sama terjadi pada bidan di desa, walaupun menurut data yang ada hampir seluruh desa tetapi pada kenyataannya di lapangan banyak desa yang tidak memiliki bidan. Keadaan ini telah diatasi secara bertahap dengan pengangkatan PNS baik untuk tenaga dokter, dokter gigi dan paramedis melalui penyediaan 5000 formasi pegawai.⁵

SDM Kesehatan Pra-Desentralisasi

Sebelum desentralisasi terdapat empat lembaga yang mengatur sistem kesehatan di daerah, yang terdiri dari :

1. Kantor Wilayah Depkes, yang menjadi kepanjangan tangan Depkes di Provinsi
2. Kantor Departemen yang menjadi subordinat kantor wilayah provinsi di tingkat kabupaten
3. Dinas kesehatan propinsi, sebagai lembaga yang berada di bawah koordinasi pemerintah provinsi
4. Dinas kesehatan kabupaten/kota, sebagai lembaga yang berada di bawah koordinasi pemerintah kabupaten/kota

Dengan adanya keempat 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.³

Kegiatan *human resource planning* berada di Depkes sehingga pola rekrutmen dan transferral tenaga kesehatan sepenuhnya berada dalam kebijakan pusat. Kemudian timbul masalah yang berkaitan dengan pola ketenagaagn 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. Dalam konteks pola ketenagaan yang terjadi adalah :

1. *Over staffing* untuk tenaga non-profesional (tenaga non-teknis)
2. *Under staffing* untuk tenaga profesional (tenaga teknis)

Dalam organisasi dinas, populasi terbanyak adalah tenaga adminstrasi yang perekrutannya lebih bernuansa politis daripada berdasarkan kebutuhan. 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 lapangan dengan program yang diberikan.

Dampak Desentralisasi terhadap SDM

Desentralisasi merupakan bentuk reformasi sektor pelayanan masyarakat yang banyak ditempuh oleh berbagai negara, baik negara maju maupun negara berkembang pada era tahun 1980-an dan 1990-an. Pada umumnya desentralisasi dilaksanakan oleh adanya dorongan politik yang bertujuan untuk⁹ :

- 1) Meningkatkan wewenang dan tanggung jawab pemerintah daerah
- 2) Meningkatkan keikutsertaan masyarakat dan penyelenggara pelayanan masyarakat

yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat

- 3) Memperkuat kerja sama dan integrasi pelayanan masyarakat di daerah
- 4) Restrukturisasi dan efisiensi pelayanan masyarakat
- 5) Mendukung inovasi dan pengembangan pelayanan masyarakat

Namun, seperti yang banyak dikhawatirkan oleh para pakar pembangunan kesehatan, hasil yang dicapai pada tahun-tahun pertama pelaksanaan desentralisasi pelayanan kesehatan tidak berhasil meningkatkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efisien, adil dan merata maupun tepat guna. Hal ini bisa disebabkan karena lemahnya kemampuan SDM daerah dalam merencanakan dan mengelola pembangunan kesehatan secara mandiri.

Tenaga kerja merupakan sumber daya terpenting sesudah pembiayaan kesehatan, termasuk salah satu kesulitan-kesulitan yang timbul dalam pelaksanaan desentralisasi. 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 adalah³ : peran organisasi yang mengelola kesehatan, distribusi SDM yang tidak merata, pola *rekrutment* tenaga kesehatan dan pola ketenagaan, kebutuhan staf untuk kategori-kategori tertentu atau kebutuhan akan keterampilan-keterampilan yang lebih spesifik, supervisi, *training*, pemberdayaan dan utilisasi, pola pengurangan pegawai, serta sistem informasi SDM

Menurut Ilyas⁷, pada era desentralisasi terjadi perubahan yang mendasar pada manajemen SDM kesehatan seperti :

1. Terjadinya perubahan pola manajemen SDM yang tadinya sangat sentralis menjadi lebih desentralis
2. Terjadinya perubahan pola perencanaan dan pengelolaan SDM kesehatan yang tadinya sangat *top down* menjadi *bottom up*
3. Terjadinya transfer otoritas yang tadinya pusat sangat power full menjadi sharing power dengan daerah
4. Terjadinya tuntutan perubahan regulasi SDM kesehatan yang tadinya otoritas sangat terpusat menjadi lebih diwarnai otoritas daerah. Status tenaga dipekerjakan dan diperbantukan mungkin perlu ditinjau ulang, untuk memberikan otoritas lebih besar kepada daerah untuk mengelola SDM kesehatan sesuai dengan kebutuhan mereka.
5. Terjadinya perubahan jelas terhadap fungsi dan tanggung jawab pusat dengan daerah secara jelas. Separasi bidang kerja antara pusat dan daerah menjadi hal yang perlu ditentukan secara jelas dan konsisten.

Tuntutan perubahan ini turut mengubah visi dan konsep manajemen SDM kesehatan yang selama ini diadopsi oleh Departemen Kesehatan. Perubahan total terhadap perilaku manajemen harus dilakukan dengan merujuk kepada perubahan yang dituntut oleh era desentralisasi.

Untuk menerapkan desentralisasi SDM kesehatan merupakan masalah yang sangat kompleks. Hal ini tidak hanya menyangkut transfer personel, tetapi juga kompetensi, administratif, serta seluruh aspek yang berhubungan dengan pengelolaan SDM. Keputusan politik tinggi tentang desentralisasi menuntut perubahan peran dan tanggung jawab yang baru dari organisasi kesehatan baik di pusat maupun daerah. Sehingga untuk merespon keadaan ini perlu

adanya redefinisi struktur organisasi, fungsi dan tanggung jawab pelayanan kesehatan antara pusat dan daerah, serta realokasi SDM kesehatan itu sendiri.

Proses tersebut di atas membutuhkan perhatian yang sangat tinggi dan hati-hati terhadap isu yang sangat mempengaruhi sukses atau gagalnya proses desentralisasi. Ada 4 masalah yang harus ditangani dengan baik oleh eksekutif SDM kesehatan terutama di daerah⁷, yaitu :

- a. Tersedianya informasi SDM kesehatan yang adekuat
- b. Kompleksitas transfer SDM
- c. Pengaruh Pemda, DPRD, Asosiasi dan LSM
- d. Moral dan motivasi SDM

Implementasi desentralisasi di daerah diharapkan dapat membawa dampak yang positif bagi pengembangan SDM tenaga kesehatan, yaitu³ :

1. Penyatuan administrasi kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten
2. Pemberdayaan dinas tingkat kabupaten/kota sesuai dengan atmosfer UU No.22 tahun 1999 (selanjutnya diperbaharui dengan UU No. 32. tahun 2004)
3. Pemberian kesempatan untuk menjalankan fungsi manajemen SDM di tingkat provinsi atau tingkat kabupaten/kota seperti rekrutment, penempatan, pemberdayaan, pemberian penghargaan dan pelepasan
4. Pengurangan pegawai sampai dengan 25% pada tahun 2005

Dampak desentralisasi lainnya adalah adanya peran baru dan *transfer of authority* menyebabkan karier fungsional memiliki prospek pengembangan yang lebih luas dan

bersifar antar wilayah dibandingkan dengan karier struktural yang makin sempit.

Dengan desentralisasi, maka masing-masing dinas wajib memiliki SDM yang handal untuk memiliki jabatan strategis. Oleh sebab itu keberadaan SDM dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan meningkatkan kinerja organisasi. Pejabat struktur tingkat seksi di dinas provinsi diperkecil.

KESIMPULAN DAN SARAN

Desentralisasi menimbulkan perubahan yang positif pada beberapa fungsi manajemen SDM dalam organisasi dinas tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Desentralisasi menimbulkan inspirasi bagi daerah untuk melaksanakan peran sentral, misalnya dalam pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan. Desentralisasi merupakan salah satu faktor pendukung terjadinya perubahan pola manajemen SDM di daerah.

Disarankan kepada pihak Pemerintah Daerah dapat meninjau ulang sistem perekrutan tenaga kesehatan agar sesuai dengan kebutuhan. Agar pihak SDM kesehatan di daerah, baik medis maupun nonmedis senantiasa meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam bekerja dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat

DAFTAR PUSTAKA

1. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I (1991). *Desentralisasi Sistem Kesehatan; Konsep-konsep, Isu-isu, dan Pengalaman di Berbagai Negara*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta
2. Trisnantoro L, (2005), *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah : 2001-2003, Apakah Merupakan Periode Uji Coba?* Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
3. Meliala, Andreasta (2005). *Desentralisasi Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan ; Pengalaman Implementasi di Daerah Istimewa Yogyakarta*. dalam : Trisnantoro L, (editor), *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah : 2001-2003, Apakah Merupakan Periode Uji Coba?* Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional 2004*.
5. Hapsara, R. Habib Rachmat (2004). *Pembangunan Kesehatan di Indonesia ; Prinsip Dasar, Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa depannya*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
6. Sarwoto (1991). *Dasar-dasar Organisasi dan Manajemen*. Ghalia Indonesia. Jakarta
7. Ilyas, Y (2004). *Perencanaan SDM Rumah Sakit ; Metode, Teori dan Formula*, Badan Penerbit FKM UI, Depok.
8. Departemen Kesehatan RI (2004). *Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit*
9. Eka, Asih Putri (2005). *Implikasi Desentralisasi sistem Kesehatan Masyarakat dan Paket Agenda Reformasi Kesehatan ; Pelajaran Menarik dari Filipina bagi Indonesia*. dalam : Trisnantoro L, (2005), *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah : 2001-2003, Apakah Merupakan Periode Uji Coba?* Gajah Mada University Press, Yogyakarta